

# TDAH – Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento

*Lilian Martins Larroca  
Neide Micelli Domingos*

## Resumo

O objetivo desta pesquisa foi identificar, através da literatura científica e entrevistas realizadas com três neuropediatras, os procedimentos médicos necessários para o diagnóstico seguro do TDAH – subtipo desatento e verificar se esses procedimentos foram aplicados ao diagnóstico de uma amostra de 10 crianças, alunos de um colégio particular na cidade de São José de Rio Preto. Os procedimentos foram relatados em entrevistas presenciais e questionários. A análise dos dados apontou para o amplo uso dos critérios do DSM-IV na maioria dos casos, porém o encaminhamento para avaliações multiprofissionais depende dos critérios seguidos por cada médico e não segue uma diretriz. Os resultados demonstraram que nenhum dos diagnósticos da amostra seguiu todos os procedimentos apontados, mostrando a necessidade de estabelecer um protocolo amplo, que agregue a participação de outros profissionais (fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos etc.), que garanta a precisão diagnóstica, descarte possibilidades e investigue fatores concorrentes para dificuldades apresentadas pela criança desatenta.

**Palavras-chave:** Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, diagnóstico, comorbidade.

## *ADHD – Research criteria for diagnosis of the predominantly inattentive subtype*

### Abstract

In this study we aim at identifying medical procedures necessary for the accurate diagnosis of ADHD - inattentive subtype and verify whether these procedures were applied to the diagnosis of a sample of 10 children, students from a private school in the city of Sao Jose de Rio Preto. We base our work on scientific literature and on interviews with three neurologists. The procedures we reported were based on interviews and questionnaires. Data analysis pointed to the widespread use of DSM-IV in most cases. However referral to multidisciplinary assessments depends on the criteria used by each physician and does not follow a guideline. The results showed that none of the diagnoses of the sample followed all the procedures mentioned revealing the need to establish a wide protocol, aggregating the participation of other professionals (speech therapists, educational psychologists, psychologists, etc..) This may ensure diagnostic accuracy, and help to discard possibilities and investigate factors relating to the difficulties presented by the inattentive child.

**Keywords:** Attention deficit disorder with hyperactivity, diagnosis, co-morbidity.

## *TDAH – Investigación de criterios para diagnóstico del subtipo predominantemente desatento*

### Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar, a través de la literatura científica y entrevistas realizadas con tres neuropediatras, los procedimientos médicos necesarios para el diagnóstico seguro del TDAH – subtipo desatento y verificar si esos procedimientos se aplicaron al diagnóstico de una muestra de 10 niños, alumnos de un colegio particular en la ciudad de São José de Rio Preto. Los procedimientos de los profesionales se relataron en entrevistas presenciales y cuestionarios. El análisis de los datos señaló el amplio uso de criterios del DSM-IV en la mayoría de los casos, sin embargo el encaminhamento para evaluaciones multiprofesionales depende de criterios seguidos por cada médico y no sigue una directriz. Los resultados demostraron que ninguno de los diagnósticos de la muestra siguió todos los procedimientos señalados, mostrando la necesidad de establecer un protocolo amplio que agregue la participación de otros profesionales (fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos etc.), que garantice la precisión diagnóstica, descarte posibilidades e investigue factores concorrentes para dificultades presentadas por el niño desatento

**Palabras Clave:** TDAH subtipo desatento; diagnóstico; comorbilidad.

# Introdução

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, p. 560).

Os sintomas permanecem na vida adulta em 67% dos casos (Lopes, Nascimento, & Bandeira, 2005) e trazem implicações à rotina da criança e da família, consequências ao sistema educacional e maior incidência de condutas de risco na adolescência (Hernández, 2007). Frequentemente relaciona-se ao insucesso educacional, baixa performance profissional, perda na renda familiar, impacto econômico e social (Biederman, 2006; Rohde & Halpern, 2004).

Apesar da relevância do transtorno, seu diagnóstico é controverso devido, em grande parte, à variância nas taxas de prevalência encontradas. Estudos mostram índices de 1 a 20% (Amaral & Guerreiro, 2001), 4 a 12% (Brown & cols., 2001), 3 a 10% (Hernández, 2007) e 3 a 26% (Graeff e Vaz, 2008). A revisão realizada por Rohde e Halpern (2004) demonstrou que a tendência de prevalência nos estudos que utilizam os critérios plenos do DSM-IV é ao redor de 3% a 6% da população.

O caráter subjetivo dos critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais – DSM IV (APA, 1994) e diferenças metodológicas - tipo de amostra, delineamento, fonte de informação, idade e critérios utilizados - são responsáveis pelas discrepâncias nas taxas de prevalência observadas em diversas pesquisas (Souza, Serra-Pinheiro, Fortes, & Pinna, 2007; Vasconcelos e cols., 2003).

As discrepâncias e suposta falta de critério científico dos sintomas do transtorno alimentam o questionamento de uma corrente de pensamento que se opõe à sua existência. A patologia da atenção, segundo esses teóricos, é definida não em termos qualitativos, mas temporais e de intensidade – uma questão quantitativa. Aponta-se essa espécie de diagnóstico como uma obscura tendência a distinguir o normal e o anormal, sendo este último o indivíduo que difere do “normal” apenas por estar um passo atrás no desenvolvimento de suas capacidades. O diagnóstico do TDAH seria, portanto, não um fato médico e científico, mas um construto baseado na mistura de expectativas pessoais, sociais, morais e econômicas (Caliman, 2008, 2009).

Embora a controvérsia sobre a existência do TDAH permaneça em debate, existem evidências de que se trata, de fato, de uma disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na área frontal, regiões subcorticais e região límbica cerebral, evidenciada através de estudos científicos, apoiados por evidências neurológicas e estudos genéticos. Permanece, no entanto, o debate a respeito da falta de critério científico objetivo para seu diagnóstico (Couto, Melo-Junior,

& Gomes, 2010). O atual estudo parte do pressuposto da existência real do TDAH, mas aborda a necessidade de um procedimento diagnóstico criterioso.

## Critérios diagnósticos

O diagnóstico do TDAH é determinado mediante a satisfação dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV, descritos no Quadro 1. Esses sintomas são observados considerando-se a **persistência** de sua manifestação e sua **severidade** em relação aos comportamentos tipicamente observados em indivíduos de nível equivalente de desenvolvimento.

## Determinação do subtipo

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 (Andrade & Scheuer, 2004; APA, 1994; Ciasca, Capellini, Toledo, Simão, & Ferreira, 2007;). São mais frequentes as pesquisas sobre os subtipos hiperativo-impulsivo e combinado.

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%). (Rhode & Halpern, 2004; Cardoso, Sabbag, & Beltrame, 2007; Couto e cols., 2010).

A diferença de eficácia no tratamento com uso de metilfenidato entre os outros subtipos reforça a necessidade de aperfeiçoar os procedimentos diagnósticos. Carmo Filho revela que, enquanto pacientes hiperativos obtêm índices de sucesso acentuados (81,08%) com uso de metilfenidato, o índice para os desatentos foi de 64,86%, resultado idêntico ao encontrado por Denney e Rapport (ambos citados por Andrade & Scheuer, 2004). É necessário investigar se a diferença deve-se à eficácia do metilfenidato ou a um diagnóstico equivocado.

## Diagnóstico controverso

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-IV que apresenta elementos basicamente comportamentais e passíveis de julgamento subjetivo (Amaral & Guerreiro, 2001; Ciasca e cols., 2007; Souza & Ingberman, 2000;), associado à inexistência de comprovação através da realização de testes físicos, neurológicos ou psicológicos

A.	<p>Ou (1) ou (2)</p> <p>(1) Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;</li> <li>com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;</li> <li>com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;</li> <li>com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);</li> <li>com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;</li> <li>com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares e deveres de casa);</li> <li>com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);</li> <li>é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas;</li> <li>com frequência apresenta esquecimento em atividades físicas.</li> </ol> <p>(2) Hiperatividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</li> <li>frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</li> <li>frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</li> <li>com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</li> <li>está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</li> <li>frequentemente fala em demasia;</li> <li>frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</li> <li>com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</li> <li>frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).</li> </ol>
B.	<p>Presença dos sintomas por alguns anos ou sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo presentes antes dos 7 anos (aplicado apenas aos casos de TDAH tipo hiperativo/impulsivo ou combinado);</p>
C.	<p>Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar em pelo menos dois contextos;</p>
D.	<p>Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos;</p>
E	<p>Ocorrência da perturbação de forma não exclusiva durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por outro transtorno mental, como Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade.</p>

**Quadro 1.** Critérios diagnósticos para TDAH segundo o DSM-IV (APA, 1994).

(Graeff & Vaz, 2008), 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” (Rohde, Miguel Filho, Benti, Gallois, & Kieling, 2004; Thapar & Thapar, 2003). Os critérios do DSM-IV também não levam em consideração diferenças comportamentais normais da conduta infantil ou típicas de gêneros diferentes.

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 tornariam patológicos não devido a uma mudança qualitativa, mas temporal e de intensidade, julgamento esse que extrapolaria o campo científico para inserir-se em questões sociais e morais (Caliman, 2008). Segundo Hernández (2007)

São imprescindíveis a presença adicional de outros critérios, sem os quais não se pode diagnosticar uma criança com TDAH: impedimento funcional, presença dos sintomas em dois ou mais ambientes diferentes, conduta que afeta negativamente sua adaptação social, escola ou outros ambientes (p. 128).

### **Dificuldades no diagnóstico do subtipo predominantemente desatento**

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 (Couto e cols., 2010; Rohde & Halpern, 2004; Souza e cols. 2007), distúrbios no sistema reticular (Antunha, 2007, 2009), disfunções cerebrais frontais e límbicas (Ciasca e cols., 2007), danos cerebrais perinatais no lobo frontal (Rohde & Halpern, 2004), hábitos de sono, outras patologias (Caliman, 2008) e elementos externos, como fatores psicossociais, situação familiar caótica, sistema de ensino inadequado etc. (Fonseca, 2008; Grau-Martinez & Bascuñan, 2002; Hernández, 2007; Rohde e cols., 2004). Torna-se importante, portanto, investigar e descartar primeiramente todas as outras possíveis causas de desatenção (Souza e cols., 2007).

### **Objetivo do estudo**

O objetivo deste estudo foi identificar, através da literatura científica e de entrevistas realizadas com três médicos, os procedimentos necessários ao diagnóstico seguro do TDAH – subtipo desatento, verificar se foram aplicados ao diagnóstico de uma amostra de 10 crianças em idade

escolar, alunos de um colégio particular na cidade de São José de Rio Preto, e observar se, na amostra pesquisada, os procedimentos restringiram-se ao exame clínico ou incluíram exames complementares e participação de outros profissionais relacionados.

## **Metodologia**

### **Participantes**

Foram entrevistados três grupos de participantes: 1) Pais de dez crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH – subtipo desatento, que relataram os profissionais consultados para diagnóstico, os procedimentos realizados e o motivo da investigação clínica; 2) Seis professores que lecionavam a esses alunos na época do diagnóstico, para verificar se preencheram, por solicitação médica, formulários que contemplassem a satisfação dos critérios C e D para o diagnóstico de TDAH; e 3) Três neuropediatras que informaram seus procedimentos diagnósticos.

A seleção dos participantes deu-se por indicação de orientadoras educacionais de um colégio particular da cidade de São José do Rio Preto – SP, que atende alunos da Educação Infantil ao Ensino Médio. Os participantes deveriam atender aos seguintes critérios: 1) Comprovação de diagnóstico através de laudo médico no prontuário do aluno; 2) Alunos diagnosticados quando já estudavam nesta escola, para viabilizar o contato com o professor que acompanhava a criança à época do diagnóstico. A escola foi escolhida devido à baixa rotatividade de professores, pois, devido às constantes remoções de professores do sistema público, seria inviável localizar os docentes que conviveram com a criança diagnosticada em anos anteriores. A partir das indicações, os responsáveis foram contatados por telefone na ordem fornecida pela escola, informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e, mediante aceitação, incluídos no estudo. Foram excluídos os casos de transtornos invasivos do desenvolvimento ou retardo mental já comprovados e crianças cujo diagnóstico aponte para a ocorrência do TDAH de outros subtipos. Os professores entrevistados foram os seis docentes que acompanhavam as crianças à época do diagnóstico. Devido ao fato de a amostra ser de uma única escola, em alguns casos, um mesmo professor foi entrevistado a respeito de mais de um aluno. Os três neuropediatras foram sorteados entre o quadro de médicos dos principais convênios da cidade (HB Saúde, Ben Saúde, Unimed e Austa Clínicas).

### **Procedimento de coleta de dados**

Os instrumentos para a coleta de dados foram fichas de identificação das crianças participantes e seus responsáveis, um questionário para os pais sobre o levantamento dos procedimentos médicos durante o diagnóstico e intercor-

rências no período pré-natal ou infância que pudessem desencadear outras linhas de investigação, ambos aplicados e preenchidos pessoalmente pelo examinador. Os professores preencheram, diante do examinador, um questionário sobre a manifestação de sintomas de TDAH na criança e uma questão referente à solicitação de preenchimento de escala objetiva para avaliação da desatenção do aluno por médicos. Os médicos preencheram um formulário em que descreveram os procedimentos diagnósticos adotados atualmente. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, e a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

## Alternativas para o diagnóstico

Esta pesquisa procurou delinear, através das recomendações da literatura científica e entrevistas realizadas com profissionais, o conjunto de procedimentos, exames e avaliações adicionais que permitem ao médico, antes da definição do diagnóstico, identificar as causas da desatenção e outros fatores que possam provocá-la, detectar patologias que interfiram na funcionalidade da criança e que possam, de forma errônea, gerar um falso resultado positivo para o transtorno e, através desse conjunto de procedimentos, evitar possíveis equívocos diagnósticos e detectar comorbidades associadas. Os procedimentos encontrados na literatura são listados a seguir.

## Procedimentos para diagnóstico apontados pela literatura científica

**Exame clínico:** Rhode & Halpern (2004) sugerem que, devido ao acompanhamento longitudinal do paciente, o pediatra pode identificar precocemente sinais que possam sugerir TDAH. Uma entrevista minuciosa, que investigue a história clínica, perinatal e escolar, preocupações, queixas principais e o desenvolvimento da criança, é decisiva para a definição diagnóstica. Entretanto, há limitações no procedimento, pois a observação médica ocorre no consultório e durante a consulta, e os sintomas podem não se manifestar nesse momento (Rohde & Halpern, 2004).

**Entrevista e preenchimento de formulários:** A satisfação dos critérios C (prejuízo em pelo menos dois contextos) e D (interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional) do DSM-IV exige entrevistas a pessoas envolvidas com a criança em outros contextos. Há questionários sistematizados (escalas) que oferecem uma visão mais objetiva dos sintomas. As escalas mais utilizadas para professores são a Child Behavior Checklist (CBCL), a Escala Conners, a SNAP-IV e a Escala de TDAH. Junto aos pais, são utilizadas versões do CBCL e Conners (Graeff & Vaz, 2008).

**Avaliação das funções sensoriais:** Déficits sensoriais acarretam problemas atencionais e de aprendizagem (Rohde & Halpern, 2004; Couto e cols., 2010) e um signifi-

cativo comprometimento funcional que revela a necessidade de aperfeiçoar os procedimentos diagnósticos (Souza e cols., 2007).

**Avaliação neurológica, psiquiátrica e neuropsicológica:** A satisfação do critério E (descarte de outros transtornos), demanda a realização de exames adicionais. Legnani e Almeida (2008, p. 7) apontam alguns caminhos para essa avaliação:

faz-se necessário um diagnóstico diferencial, por meio do qual se descartam outras patologias orgânicas ou problemas psicológicos causados por contextos socioambientais inadequados ao desenvolvimento da criança. A avaliação neurológica tem a finalidade de excluir outras patologias orgânicas, e os testes de inteligência são utilizados para excluir déficits de inteligência significativos.

Exames neuropsicológicos são importantes para avaliar o funcionamento e a relação entre as funções corticais superiores – linguagem, atenção e memória – e a aprendizagem simbólica, condição para o processamento normal da aprendizagem, cuja ausência caracteriza uma disfunção ou lesão cerebral (Costa, Azambuja, Portuguez, & Costa, 2004). Considerando que, segundo o DSM-IV, o TDAH deve ser diagnosticado quando seus sintomas não são mais bem explicados por outros tipos de transtorno, a indicação do procedimento por diversos autores (Amaral & Guerreiro, 2001; Ciasca e cols., 2007; Coutinho, Mattos, Araújo, & Duschene, 2007a; Couto e cols., 2010; Graeff & Vaz, 2008; Valente, 2003) tem o objetivo de identificar outras possíveis causas para a desatenção, decorrentes de disfunções ou lesões específicas. É importante também descartar o quadro de retardo mental, o qual gera, isoladamente, problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade (Graeff & Vaz, 2008).

A bateria de testes neuropsicológicos utiliza-se também de um instrumento significativo - o Teste de Atenção Visual (TAVIS-III), que compreende três tarefas, sendo que a primeira mede a capacidade de exercer a seletividade, a segunda mede a capacidade de alternância de conceitos e a terceira, a capacidade de sustentar a atenção consistente durante uma atividade contínua (Coutinho e cols., 2007).

**Investigação de comorbidades:** Segundo Hernández (2007), comorbidades que contribuem para o baixo desempenho escolar ocorrem em aproximadamente metade dos pacientes diagnosticados e devem ser investigadas. Ciasca e cols. (2007), afirmam que o transtorno de leitura constitui comorbidade em 15 a 30%, mas esse índice aumenta para 40 a 60% dos indivíduos que apresentaram atrasos no desenvolvimento da linguagem oral. O fato de a principal motivação para a busca do diagnóstico ser a dificuldade escolar (Araújo, 2002; Hernández, 2007) revela a necessidade de uma investigação detalhada das causas da dificuldade escolar, incluindo a possibilidade de TDAH, sem deixar de investigar outras possíveis comorbidades ou situações alheias à fisiologia do indivíduo para esse quadro, tais como falta de pré-requisitos para a aprendizagem de determinados conteúdos, egressão de instituições educacionais de nível

inferior, fatores ambientais e psicossociais, falta de orientação e incentivo familiar, falta de hábito de leitura e estudo e estimulação insuficiente/inadequada na primeira infância. Essa avaliação requer a participação de diferentes profissionais - médicos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e neuropsicólogos. Ou seja, uma avaliação multidisciplinar (Couto e cols., 2010; Souza & Ingberman, 2000).

**Avaliação psicológica:** Problemas de ordem emocional / psicológica podem afetar a capacidade atenta. Legnani e Almeida (2008) e Souza e Ingberman (2000) alertam para o fato de que o diagnóstico da criança pode refletir um padrão disfuncional de relações familiares e que essas condições devem ser analisadas, pois “podem estar envolvidas diretamente com a criação e/ou com a manutenção do problema sobre o qual se levanta a queixa” (p. 25).

### Procedimentos para o diagnóstico apontado por médicos

Além dos procedimentos expostos na literatura, três neuropediatras descreveram seus procedimentos adotados atualmente, conforme descrição no quadro 2:

Identificação numérica do neuropediatra	1	2	3
Tempo de atuação / experiência	25 anos	35 anos	--
Procedimentos adotados / solicitados:			
Exame clínico / anamnese	X	X	X
Entrevista com professores	X	X	X
Questionário fornecido a professores	SNAP	SNAP	***
Exames complementares	X	X	**
Avaliação sensorial	X	X	**
Avaliação psiquiátrica	-	-	-
Avaliação neuropsicológica	X *	X *	-
Avaliação psicológica	-	-	X
Avaliação psicopedagógica	-	-	X
Avaliação fonoaudiológica			X
* Especificou o TAVIS. ** Afirmou encaminhar, mas não informou os exames, pois considera a escolha dependente de comorbidades. *** Não informou no formulário, porém anexou uma cópia do SNAP. -- Não informou.			

**Quadro 2.** Exames e avaliações complementares solicitados por neuropediatras entrevistados para o diagnóstico de TDAH / desatento.

Os dados obtidos denotam que os médicos compreendem a necessidade de uma investigação criteriosa e por isso solicitam exames complementares e a participação de outros profissionais para sua determinação. Apenas a avaliação psiquiátrica não foi mencionada pelos participantes. Os médicos 1 e 2 não declararam encaminhar para avaliação psicológica, psicopedagógica ou fonoaudiológica, porém declararam que consideram o diagnóstico multiprofissional necessário. Os três médicos enviam o formulário padronizado SNAP para professores – um questionário simples, que apresenta uma lista de comportamentos a serem avaliados de acordo com a intensidade e frequência (nem um pouco, pouco, bastante, demais).

## Resultados

A amostra foi composta por seis crianças do sexo feminino e quatro do sexo masculino, todas diagnosticadas durante o Ensino Fundamental. A idade média foi de 11 anos e 2 meses, tendo a mais velha 15 anos e a mais nova 8 anos. A média de tempo de diagnóstico foi de 2 anos e 3 meses, sendo o diagnóstico mais antigo de 6 anos e o mais recente de 40 dias. O quadro 3 descreve características das crianças pesquisadas (idade, sexo, tempo de diagnóstico, escolaridade e ocupação dos pais) e as razões que levaram ao diagnóstico.

Percebe-se que, na amostra, apenas a metade dos alunos diagnosticados foram encaminhados ao serviço médico pela escola ou professores. A dificuldade escolar acentuada foi a motivação em apenas um caso e, em 40% da amostra, baseada em percepções pessoais, que podem ser variáveis, pois utilizam como padrão expectativas familiares nem sempre compatíveis com a realidade ou com a diversidade natural do comportamento humano. Três crianças da amostra (1, 3 e 8) não apresentavam, segundo os professores entrevistados, sinais que apontassem para desatenção, mas foram diagnosticadas, mesmo sem a satisfação dos critérios C e D do DSM-IV. Em dois desses casos, houve uso de metilfenidato, as queixas apresentadas pela família não foram resolvidas e a utilização foi suspensa pelos pais, sem consulta ao médico.

Quanto aos alunos encaminhados ao serviço médico pelos professores, as razões baseavam-se na preocupação com alguns comportamentos típicos de desatenção, descritos no quadro 4.

Segundo a pesquisa, os professores encaminharam os alunos aos profissionais de saúde pela observação de comportamentos que apontavam para a possibilidade de desatenção provocada por TDAH. Não houve menção de razões puramente acadêmicas para o encaminhamento.

Sete dos diagnósticos foram feitos após consulta ao neurologista e os outros três diagnósticos foram feitos pelo pediatra, neuropediatra e uma equipe multidisciplinar. O quadro 5 mostra os procedimentos diagnósticos e encaminhamentos feitos pelos médicos.

Criança	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	12 a	15 a	15 a	12a	9 a	9 a	9 a	8 a	12a	12a
Sexo	F	M	F	F	M	F	F	F	M	M
Tempo diagnóstico	6 a	5a6m	4a6m	3a	3 a	8m	8m	6m	4m	40d
Escolaridade dos pais	S	S	S	M	M	M	M	M	M	M
Motivo que levou ao diagnóstico:	D	E	I	D	E	E	E	D	E	I
a = anos                                  m = meses                                  d = dias S = Ensino Superior completo                                  M = Ensino Médio completo E = Solicitação de investigação pela escola D = Dispersão percebida pela família I = Insucesso escolar, segundo a família										

**Quadro 3.** Informações gerais sobre a amostra pesquisada e motivos do diagnóstico.

Crianças pesquisadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desatenção a detalhes e erros por descuido.	*	2	*	*	3	3	3	*	3	*
Desatento em tarefas e atividades lúdicas.	*	3	*	*	3	3	3	*	3	*
Parece não escutar ao falarem com ele.	*	3	*	*	3	3	2	*	3	*
Não segue instruções e não termina seus deveres escolares não devido a comportamentopositor ou incapacidade de compreensão.	*	3	*	*	3	3	3	*	3	*
Dificuldade para organizar tarefas.	*	3	*	*	3	3	3	*	3	*
Reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante.	*	2	*	*	3	2	2	*	3	*
Perde objetos necessários para atividades	*	2	*	*	3	3	3	*	2	*
Distraído por estímulos alheios à tarefa.	*	3	*	*	3	3	3	*	3	*
Esquecimento em atividades diárias.	*	3	*	*	3	3	3	*	3	*
1 – raramente                                  2 – às vezes                                  3 – sempre * Não foram encaminhados ao serviço médico pelo professor / escola.										

**Quadro 4.** Razões de encaminhamento ao serviço médico por professores.

**Quadro 5.** Procedimentos diagnósticos e encaminhamentos

Crianças pesquisadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	12	15	15	12	9	9	9	8	12	12
Sexo	F	M	F	F	M	F	F	F	M	M
Tempo de diagnóstico	6a	5a	4 a	3a	3a	8m	8m	6m	4m	40d
Diagnóstico na primeira consulta	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N
Diagnóstico após exames	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S
Exames / avaliações complementares solicitados:										
Eletroencefalograma	S	N	N	S	*	N	N	N	S	S
Avaliação neuropsicológica	N	N	N	N	*	S	S	N	S	N
TAVIS	N	N	N	N	*	S	S	S	N	N
Professor recebeu questionário	N	N	N	S	S	S	S	N	S	S
Encaminhamentos efetuados pelo médico:										
Psicólogo	S	N	N	N	S	S	S	S	N	S
Fonoaudiólogo	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N
Psicopedagogo	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N
Oftalmologista	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N
Otorrinolaringologista	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
a = anos                      m = meses                      (*) Não soube especificar										

**Quadro 6.** Aspectos do desenvolvimento e rotina.

Crianças pesquisadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atraso no desenvolvimento da fala					x					
Hábitos de sono inadequados				x	x			x	x	
Princípio de aborto espontâneo	x			x						x
Prematuridade		x	x	x		x	x	x	x	
Baixo peso						x	x			

Em apenas um dos casos a mãe relatou que a criança apresentou atraso no desenvolvimento da fala (início após os dois anos). Os outros entrevistados tiveram desenvolvimento normal da linguagem, psicomotor e social. Uma rotina de horário e hábitos de sono saudáveis é mantida por 6 crianças, e as outras não possuem horário para dormir, fator que pode contribuir para o surgimento ou agravamento

do quadro de desatenção no ambiente escolar. Intercorrências pré-natais ou perinatais (princípio de aborto, baixo peso, prematuridade etc.), passíveis de investigações adicionais, foram observadas em 9 crianças. Nas gestações de três das crianças da amostra, houve princípio de aborto espontâneo, e uma parcela considerável – sete entre dez crianças – nasceu prematura, conforme o Quadro 6.

## Discussão

Os dados revelam que os procedimentos médicos dos diagnósticos mais antigos restringiam-se ao exame clínico e, no máximo, realização de eletroencefalograma, exame atualmente não mencionado na literatura nem indicado pelos médicos entrevistados. Não houve encaminhamento a outros profissionais mencionados na literatura (tópicos anteriores) para investigação de outras causas para a desatenção ou a existência de comorbidades (Legnani & Almeida, 2008; Graeff & Vaz, 2008; Rohde & Halpern, 2004; Souza & Ingberman, 2000).

Os procedimentos adotados atualmente pelos neuropediatras entrevistados são semelhantes entre si e, embora pautados pelos critérios do DSM-IV, expandem a investigação e incluem fatores físicos, sensoriais, funcionamento cognitivo, entre outros. A ocorrência dos sintomas e a averiguação da existência de causas ambientais que os provoquem são verificadas através de exame clínico e anamnese detalhada, contendo informações referentes à saúde geral, gestação e concepção, ocorrências neonatais, desenvolvimento, hábitos de sono e aspectos pedagógicos e escolares. Com a intenção de determinar se os sintomas são apresentados em mais de um contexto (Critério C – DSM IV), são enviados formulários para preenchimento por pais / cuidadores e professores das crianças, prevalecendo a utilização do SNAP. As maiores diferenças referem-se a exames complementares solicitados e encaminhamento a outros profissionais. Observa-se que, embora considerem o diagnóstico multidisciplinar importante, apenas um dos médicos mencionou, espontaneamente, o encaminhamento a psicopedagogos e fonoaudiólogos. Adquiriu importância a realização do TAVIS – Teste de Atenção Visual, citado por dois médicos. A avaliação neuropsicológica, citada por apenas um médico, seria relevante ao o diagnóstico do subtipo desatento, considerando-se que pesquisas “apontam que os sintomas de desatenção estão intimamente relacionados a déficits neuropsicológicos” (Coutinho e cols., 2007b, p. 216).

Os avanços no diagnóstico apontados na literatura científica e na prática dos médicos não constam, porém, no DSM-IV, que não estabelece um protocolo mais preciso e, ao mesmo tempo, abrangente. Os próprios critérios são passíveis de interpretações subjetivas, variáveis pessoal e culturalmente. Os encaminhamentos a outros exames e profissionais ocorre devido à iniciativa dos médicos, e não à existência de uma diretriz. Devido à quantidade de crianças pesquisadas, seria interessante realizar um estudo mais extenso, realizado com uma amostra mais significativa para confirmação dos dados.

Considerando-se as características do subtipo desatento, o diagnóstico das crianças da amostra não apresentou, em nenhuma das crianças, todos os procedimentos apontados como necessários. Percebe-se também que o número de procedimentos realizados, bem como sua amplitude, aumentou ao longo do tempo, o que revela uma crescente conscientização a respeito de todos os aspectos envolvidos.

## Conclusão

O estudo indica que as diretrizes apontadas atualmente pela literatura científica e a prática atual dos profissionais pesquisados avançaram quanto aos procedimentos diagnósticos do TDAH – subtipo desatento. Quanto aos procedimentos adotados para o diagnóstico da amostra, houve grande variação, principalmente quando consideradas as diferenças entre os alunos diagnosticados recentemente e aqueles cujo diagnóstico é mais antigo. Percebe-se, pela ampla variância, a necessidade de um protocolo oficial criterioso e multiprofissional que evite equívocos diagnósticos, interprete sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou oriundos de outros transtornos que não o TDAH e investigue a ocorrência de outras comorbidades e fatores de limitação funcional para norteamento dos procedimentos terapêuticos mais adequados ao indivíduo.

## Referências

- Amaral, A. H., & Guerreiro, M. M. (2001). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Revista Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(4), 884-888.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed.). Washington, DC: Autor.
- Andrade, E. R., & Scheuer, C. (2004). Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(1), 81-85.
- Antunha, E. L. G. (2007). Avaliação neuropsicológica na criança dos sete aos onze anos Em N. A. Bossa & V. B. Oliveira (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de sete a onze anos* (pp. 111-128). Petrópolis, Vozes.
- Antunha, E. L. G. (2009). Avaliação neuropsicológica na infância (zero a seis anos) Em V. B. Oliveira & N. A. Bossa (Orgs.), *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos* (pp. 87-122). Petrópolis, Vozes.
- Araújo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78 (Supl. 1), 104-110.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Employment and Household Income. *Medscape General Medicine*, 8(3), 12.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H.M., Pierce, K., & Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *Pediatrics*, 107(e), 43.

- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566.
- Caliman, L. V. (2009). A constituição sócio-médica do "fato TDAH". *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 135-144.
- Cardoso, F. L., Sabbag, S., Beltrame, T. S. (2007). Prevalência de transtorno de déficit de atenção / hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 9(1), 50 – 54.
- Ciasca, S. M., Capellini, A. S., Toledo, M. M., Simão, N. A., & Ferreira, T. L. (2007). Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: Abordagem neuropsicológica. *Revista Brasileira de Neurologia*, 43(3), 11-14.
- Costa, D. I., Azambuja, L. S., Portuguez, M. W., & Costa, J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 supl.), 111-116.
- Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C., & Duchesne, M. (2007). Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 13-16.
- Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C., & Duchesne, M. (2007). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 215-222.
- Couto, T. S., Melo-Junior, M. R. & Gomes, C. R. (2010). Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Revista Ciências & Cognição*, 15(1), 241-251.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia – USP*, 19(3), 341-361.
- Grau Martinez, A., & Bascuñan R. M. L. (2002). Transtorno por déficit de atención: una reflexión sobre la necesidad de precisión diagnóstica. *Pediatría al día*, 18(3), 45-47.
- Hernández, G. M. C. (2007). Transtorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Peruana de Pediatría*, 60(2), 126-131.
- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C., (2008). A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 7.
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno do déficit de atenção / hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74.
- Richters, J. E., Guimarães, A. B., Jensen, P. E., Abikoff, H., Conners, K., Greenhill, L. L., Hechtman, & cols. (1995). NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD: I. Background and Rationale. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 987-1000.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2, supl): s61-s70.
- Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Benti, L., Gallois, C., & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade na infância e adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 124-131.
- Souza, E. M. L. ,& Ingberman, Y. K. (2000). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. *Interação*, 4, 23-37.
- Souza, I. G. S., Serra-Pinheiro, M. A., Fortes, D., & Pinna, C. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 14-18.
- Thapar, A. K., & Thapar, A. (2003). Attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of General Practice*, 53, 227- 232.
- Valente, A. B. (2003). Evaluation of executive function in AD/HD children using neuropsychological instruments and logo computer programming activities. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 52(1), 13-23.
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J., Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N. L., Santos, I. S. O. S., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 61(1), 67-73.

Recebido em: 18/04/2011  
 Reformulado em: 01/03/2012  
 Aprovado em: 20/04/2012

### **Sobre as autoras**

**Lilian Martins Larroca** (lilianlarroca@gmail.com)

Pedagoga

Endereço: R. Jamil Barbar Cury, 200 - Tarraf II – São José do Rio Preto – São Paulo - CEP 15092-530

**Neide Micelli Domingos** (micellidomingos@famerp.br)

Doutora em Psicologia. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Endereço: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Bairro São Pedro – São José do Rio Preto – São Paulo - CEP 15090-000