

**CURSO DE PSICOLOGIA**

Caroline Forati Mendes

**PERFIL DA CRIANÇA ENCAMINHADA À AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA  
COM SUSPEITA DE TDAH**

Santa Cruz do Sul

2017

Caroline Forati Mendes

**PERFIL DA CRIANÇA ENCAMINHADA À AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA  
COM SUSPEITA DE TDAH**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do grau em de Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Roselaine Berenice Ferreira da Silva

Santa Cruz do Sul

2017

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a meus pais, Erny e Maura, que sempre me incentivaram e proporcionaram o máximo para que eu pudesse estar aqui hoje. Sem eles, eu não estaria onde estou e é por eles que enfrentei inúmeras dificuldades ao longo do percurso.

Aos amigos que fiz ao longo dessa jornada acadêmica, amigos que admiro, pois possuem o instrumento principal para atuar em nossa futura profissão: a empatia. Além disso, tornaram a caminhada mais leve e prazerosa, estando sempre a meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos professores que mostraram que o ensino vai para além da sala de aula, pois têm vontade e a generosidade de estar compartilhando todo o seu saber. Aos que se mostraram muito mais do que professores, pois acreditaram em mim e no meu potencial quando nem mesmo eu acreditava, fazendo com que eu estivesse concluindo, neste momento, esta etapa tão importante.

À minha professora, supervisora, orientadora, Roselaine, que além das características listadas acima, ainda inspira seus alunos através de seus inúmeros conhecimentos e me inspirou ao longo da graduação, mostrando-me a importância do fazer psicológico.

## **RESUMO**

Esta pesquisa buscou compreender sinais e sintomas observados em crianças encaminhadas para avaliação psicológica com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Este transtorno do Neurodesenvolvimento vem ganhando cada vez mais destaque, sendo que seus sintomas podem ser visualizados de forma isolada em muitas crianças em idade escolar por diversos motivos.

Dessa forma, observou-se a importância da realização de uma análise acerca de encaminhamentos de crianças que apresentam algum de seus possíveis sintomas, dada a amplitude de manifestações dos mesmos. Os quais, acabam por levar, dentre outros fatores, a inúmeras interpretações errôneas acerca de um possível quadro desse transtorno.

Também é possível aferir, pelos relatos obtidos de muitos clínicos, a percepção de que o diagnóstico do TDAH ainda promove confusões e equívocos quanto ao seu entendimento. Desse modo, através deste trabalho, busca-se realizar um levantamento e posterior análise de sinais e sintomas, principais e secundários, existentes em crianças encaminhadas para avaliação psicológica com suspeita de TDAH, de modo a compreender se existe um perfil comportamental que define estas crianças.

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e seus critérios diagnósticos .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 A avaliação psicológica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Os aspectos psicossociais no do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade .....</b>	<b>1Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4 DISCUSSÃO DOS DADOS ENCONTRADOS.....</b>	<b>118</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Esta pesquisa buscou compreender sinais e sintomas observados em crianças encaminhadas para avaliação psicológica com suspeita de Transtorno de Déficit de

Atenção e Hiperatividade (TDAH). Este transtorno do Neurodesenvolvimento vem ganhando cada vez mais destaque, sendo que seus sintomas podem ser visualizados de forma isolada em muitas crianças em idade escolar por diversos motivos, sejam eles individuais e/ou psicossociais.

Partindo deste pressuposto, nota-se a importância da realização de uma análise acerca de encaminhamentos de crianças que apresentam algum de seus possíveis sintomas, visto que, além da amplitude de manifestações desse transtorno, os critérios existentes para diagnóstico, presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (APA, 2014), deixam margens para diversas interpretações acerca dos sintomas de crianças com idade inferior a 12 anos, levando à inúmeras interpretações errôneas acerca de um possível quadro de TDAH.

Também é possível aferir, pelos relatos obtidos de muitos clínicos, a percepção de que o diagnóstico desse transtorno ainda promove confusões e equívocos quanto ao seu entendimento. Provavelmente, tal fato se dá pela semelhança de alguns sintomas, os quais são inerentes ao TDAH, com outros transtornos psicopatológicos. Desse modo, através deste trabalho, buscou-se realizar um levantamento e posterior análise de sinais e sintomas, principais e secundários, existentes em protocolos de avaliações psicológicas de crianças com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), de modo a compreender se existe um perfil comportamental característico às crianças dessa amostra.

Para Poeta e Neto (2004), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é mais comumente diagnosticado em crianças, sendo caracterizado segundo Rohde (1999), como um problema de saúde mental definido pela desatenção, pela agitação ou hiperatividade e pela impulsividade. Ainda para o mesmo autor, esse transtorno pode gerar grande impacto no cotidiano da criança, bem como das pessoas que a cercam, levando a inúmeras dificuldades emocionais, de relacionamento e ao baixo desempenho escolar.

Em concordância, Dumas (2011), afirma que crianças com TDAH têm comportamentos perturbadores com predomínio de hiperatividade e impulsividade e/ou desatenção. Tais comportamentos podem prejudicar não só a criança, mas a rotina familiar e escolar, impedindo o bom desenvolvimento de funcionamentos adaptativos da criança com este transtorno. O autor ainda traz que os sintomas comumente aumentam com a idade e podem persistir para além da fase adolescente, embora os sintomas mais característicos tenham uma diminuição ao longo do desenvolvimento.

Dumas (2011) ainda afirma que apenas uma minoria de crianças consideradas pelos pais ou professores como desatentas ou agitadas sofrem de TDAH. Desse modo, esta pesquisa surge a partir de alguns questionamentos acerca do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois, durante a prática acadêmica, pode-se perceber o quanto, de fato, o saber advindo do senso comum veio empossando-se de muitos sintomas relativos ao TDAH, o que passa a gerar inúmeras preocupações. Devemos ter em mente que o TDAH é um transtorno, que necessita de um diagnóstico preciso para posterior tratamento adequado, e, se seus critérios diagnósticos forem utilizados de forma banalizada, corremos riscos de estarmos patologizando a infância, bem como a medicalizando de forma imprópria, inferindo em possíveis danos futuros.

Desse modo, este trabalho objetivou buscar uma maior compreensão desse transtorno, ou seja, dos seus sinais e sintomas em crianças com suspeita de TDAH, pois, como exposto anteriormente, ainda a quinta edição do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), deixa margens à algumas interpretações errôneas acerca de seu diagnóstico. E, para colaborar na melhora da avaliação, foi realizado um levantamento e posterior análise de sinais e sintomas, principais e secundários, de crianças que foram submetidas à avaliação psicológica com a suspeita de TDAH, a fim de observar se há ou não um perfil comportamental que define uma criança com tal suspeita.

Com base nos resultados coletados com esse estudo, foi possível obter uma maior elucidação dos critérios diagnósticos do TDAH, bem como dos sintomas comumente relacionados ao mesmo, de modo a gerar reflexões acerca de tais critérios e sua aplicação.

## **2 METODOLOGIA**

A amostra utilizada para realização da pesquisa partiu de protocolos de avaliação psicológica realizado em crianças entre 5 e 12 anos de idade, compreendendo o período

de 2012 a 2017. Tais protocolos de avaliação psicológica foram cedidos por profissional especialista na área.

Os dados foram coletados e analisados de forma quantitativa, através da associação de variáveis. Sendo que os instrumentos utilizados na análise foram decorrentes dos protocolos de avaliações psicológicas, contendo dados de identificação da amostra, os motivos da consulta, dados de anamnese, levantamento de hipóteses diagnósticas e resultados da testagem psicológica, bem como do instrumento de avaliação CBCL, lista de verificação do comportamento infantil, que auxiliou a categorizar as hipóteses diagnósticas a partir dos protocolos de avaliação psicológica.

Em se tratando de uma pesquisa documental, via protocolos de arquivo de avaliações psicológicas, de arquivo de psicóloga, especialista em avaliações psicológicas, foram selecionados casos que contenham o encaminhamento da criança com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), seja essa suspeita já identificada enquanto sintoma principal, seja identificada no decorrer da entrevista de anamnese com pais ou responsáveis.

As informações extraídas foram transportadas para o banco de dados no programa estatístico SPSS versão 22.0 for windows, sem a identificação nominal da criança, de modo a garantir o anonimato de cada sujeito. O banco também foi composto pelas informações relativas a dados clínicos coletados dos protocolos de avaliações psicológicas, além dos resultados da testagem psicológica efetuada.

Os dados de caracterização da amostra foram divididos em sexo, idade, escolaridade, fonte do encaminhamento feito, dados familiares e escolares da criança. Os dados clínicos foram categorizados de acordo com o motivo da consulta registrada nos protocolos de avaliação psicológica, sendo também utilizados os sintomas que dizem respeito ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Além disso, faz-se importante destacar que, como se trata de pesquisa de arquivo, a Psicóloga cuja responsabilidade reside à guarda do material, cedeu acesso ao seu uso para a acadêmica na coleta de informações, mantendo, ela, por sua vez, o mesmo compromisso ético de guardar a confidencialidade da identidade das crianças. Esta confidencialidade foi ainda assegurada pelo fato de que cada criança foi registrada de acordo com um número, sendo, então, seu código de identificação.

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### 3.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e seus critérios diagnósticos

Para compreender o tema da presente pesquisa, se faz necessário abarcar a descrição dos fenômenos que permeiam o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois, no que se refere a psicopatologias na infância, conforme sugere Dumas (2011), é fundamental dispor da taxonomia dos transtornos psicopatológicos que atravessam essa fase do desenvolvimento. Hoje, tal descrição existe em sistemas de classificação como a CID-10 e o DSM-5, o último, escolhido como manual base desta pesquisa, pois trabalha especificamente com transtornos psiquiátricos. Desse modo, antes de mencioná-lo, será exposto um breve apanhado do surgimento do TDAH em versões anteriores do manual.

Foi com a elaboração do DSM III que surgiu, pela primeira vez, como uma categoria psiquiátrica, o termo Desordem do Déficit de Atenção (DDA). A atenção torna-se aspecto definidor do transtorno na medida em que a psiquiatria se tornava mais biológica. O transtorno de hiperatividade, passa a ser mais estudado nas décadas de 60 e 70 pelo campo médico e educacional, no entanto, tal patologia trazia problemas à psiquiatria que estava afirmando-se, visto que seu diagnóstico era impreciso e subjetivo. Surge, portanto, a necessidade de uma categoria diagnóstica mais objetiva e clara. Nesse contexto, o déficit de atenção passa a ser considerado uma característica definidora de tal transtorno. (CALIMAN, 2009).

Posteriormente a isso, conforme traz Caliman (2009), na década de 80, surgem novas perspectivas para o olhar psiquiátrico que ainda estava se fortalecendo. Pesquisas com neuroimagem do “cérebro TDAH” cresciam cada vez mais, dentre elas, a Tomografia Computadorizada (TC), que tinha por objetivo investigar anomalias em determinadas estruturas cerebrais e a Eletroencefalografia Quantitativa (qEEG), que estudava a atividade encefálica ao realizar determinadas tarefas. No entanto, é apenas na década de 90 que surge um novo modelo interpretativo para o TDAH. A partir de inspirações da psicofisiologia e da neurociência, a compreensão de mecanismos cerebrais e causais torna-se prioridade.

Ainda segundo Caliman (2009), foi a partir daí que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tal como conhecemos hoje, aparece oficialmente no DSM IV. Tornando-se assim popularizado e universalizado, ele passa a gerar inúmeras polêmicas, como o surgimento da “década do cérebro”<sup>1</sup>, declarada pelo governo americano. Uma

---

<sup>1</sup> Conforme a literatura, a chamada década do cérebro foi um período de grandes pesquisas e contribuições relacionadas ao funcionamento cerebral.

curiosidade acerca desse período é que, ainda segundo a autora, em 1999, houve a constatação de consequente aumento da produção de metilfenidato, medicamento que trata o TDAH, em 700% durante a década de 90, sendo que seus consumidores eram em maioria crianças e adolescentes.

Hoje, o TDAH está presente na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como um Transtorno do Neurodesenvolvimento, este, caracterizado através de condições que se dão no período de início do desenvolvimento, mostrando que seus sintomas se manifestam cedo. Desse modo, os prejuízos pessoais, sociais, acadêmicos (ou profissionais, no caso de adultos) se dão pelo fato de tais transtornos serem caracterizados por déficits no desenvolvimento (APA, 2014).

Ainda segundo o DSM-5, o TDAH, sendo um Transtorno do Neurodesenvolvimento, é definido através de padrões persistentes de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade que influenciam no desenvolvimento. A desatenção, especificamente, interfere no comportamento de forma a gerar incapacidade de permanecer em determinada tarefa, falta de persistência, bem como dificuldades para manter o foco e a organização. A hiperatividade influi no desempenho de atividades motoras e a impulsividade implica na realização de ações precipitadas, que ocorrem momentaneamente e que geram potenciais danos para a pessoa (APA, 2014).

Conforme o referido manual, o TDAH tem seu início na infância, causando inúmeros sintomas antes dos 12 anos de idade, o que pode vir a gerar inúmeras dúvidas frente a encaminhamentos de crianças à avaliação psicológica. Existem estudos que apontam que, em avaliações neuropsicológicas de casos de TDAH, são constatados distúrbios em funções executivas, estas, gerenciadoras ou reguladoras de comportamentos. As funções executivas têm seu suporte neural na região frontal cérebro, mais especificamente na região pré-frontal, sendo que essas áreas, por sua vez, são responsáveis pela chamada memória operacional ou de trabalho, ou seja, pela memória dos comportamentos. Dessa forma, poderíamos dizer que o TDAH é caracterizado como uma disfunção na memória de trabalho. (RIESGO; ROHDE, 2004)

No entanto, ainda conforme Riesgo e Rohde (2004), não existem marcadores biológicos que abarquem todos os casos desse transtorno, assim, o diagnóstico é realizado tendo como base o quadro clínico-comportamental do paciente, de modo a auxiliar a avaliação do paciente. Face a isso, se faz necessário apresentar os critérios diagnósticos presentes no DSM-5:

**Tabela 1: critérios diagnósticos presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM-5).** ( APA, p. 424, 2014)

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** os sintomas não se apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos 5 sintomas são necessários:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequencias; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade de cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam um esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

**2. Hiperatividade e Impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

**Nota:** Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.

(**Nota:** Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensação de inquietude.)

- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar coisas de outras pessoas sem pedir

ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que os outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hipertatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

É importante destacar que, conforme traz Dumas (2011), a abordagem multiaxial de versões anteriores do DSM<sup>2</sup> permite a descrição das dificuldades mais específicas da saúde mental de uma criança ou adolescente, bem como do contexto em que se manifestam. O último será brevemente abordado posteriormente no tópico “Aspectos psicossociais do TDAH”.

No entanto, conforme Araújo e Neto (2014), o DSM-5 rompe com o modelo multiaxial incorporado desde a sua terceira edição, onde seu principal objetivo era estimular a realização de uma avaliação mais detalhada do paciente em questão. Apesar desta modificação, a atual edição do manual ainda mantém foco nos aspectos psicossociais e ambientais dos transtornos, os quais serão investigados neste trabalho.

Além disso, se faz necessário reforçar que, conforme Muszkat, Miranda e Rizutti (2012), mesmo que os critérios diagnósticos do TDAH envolvam a tríade sintomática de impulsividade, hiperatividade e falta de atenção, algumas crianças podem apresentar predominância de sintomas de apenas um ou outro padrão, não sendo necessário enquadrar-se em todos os subtipos de tal tríade.

Dessa forma, o cuidado frente a um diagnóstico preciso deve ser redobrado, visto que, crianças, em sua maioria, apresentam em seu cotidiano sintomas comuns dessa fase de vida, tais como: inquietude, falta de controle inibitório e/ou algum comportamento

---

<sup>2</sup> O autor citado faz referência ao DSM-IV, pois no DSM-5 não consta mais o formato axial.

impulsivo. Portanto, para não patologizarmos e medicalizarmos a infância de forma equívoca, reitera-se que os cuidados devem ser redobrados.

Malloy-Diniz (2008) afirma que a abordagem realizada para com o paciente que possui (ou investiga) TDAH, deve ser feita por uma equipe multidisciplinar, seja em fase de avaliação, quanto em seu posterior tratamento, sendo que cabe ao neuropsicólogo, lugar de destaque neste trabalho. Desse modo, a seguir, ao abordar a avaliação psicológica, também irá ser abordada a avaliação neuropsicológica para diagnóstico deste transtorno.

### **3.2 A avaliação psicológica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**

Conforme Primi (2010), a avaliação psicológica é uma área fundamental da ciência psicológica, pois fornece objetividade e torna o fazer operacional. Em geral, aplica-se instrumentos para avaliar traços de personalidade, comportamentos e/ou sintoma de determinado sujeito. Ainda segundo o mesmo autor, os instrumentos oferecem uma padronização que, através de amostras/indicadores revelam diferenças individuais. Conforme Noronha e Reppold (2010), esta atividade é, por lei, uma prática de exclusividade do profissional Psicólogo que reserva segmento a ela, para tanto, será da análise de dados de avaliações psicológicas deste profissional, especialista na área, que esta pesquisa partirá.

No que se refere a avaliação psicológica do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), especificamente, Lopes, Nascimento e Bandeira (2005), trazem que uma avaliação abrangente abarca a utilização de escalas e instrumentos psicológicos para avaliar possível deficiência cognitiva e contribuir no diagnóstico, mas não excluem a necessidade de investigação da história de vida, para compreender em maior profundidade as dificuldades no desenvolvimento. As autoras ainda falam da importância de verificar possíveis comorbidades e da realização de um diagnóstico diferencial que venham a justificar os sintomas apresentados para realização de um diagnóstico preciso.

Muszkat, Miranda e Rizutti (2012), afirmam que a realização de um diagnóstico de TDAH é complexo, exigindo experiência e maturidade, visto que não existem exames específicos capazes de realizá-lo sem uma maior abrangência. Assim, é necessária uma cuidadosa observação de dados da história clínica, bem como de repercussões sintomáticas dos comportamentos na rede de relacionamentos da criança.

Os autores ainda trazem a importância de se realizar e observar, além da avaliação propriamente dita, uma anamnese sensível e atenta, que compreenda o contexto familiar e escolar da criança, bem como uma entrevista diagnóstica que contemple não apenas os sintomas, mas sua intensidade e o nível de prejuízo das funções adaptativas que esses sintomas podem vir a condicionar.

Muszkat, Miranda e Rizutti (2012), trazem que a utilização de escalas de avaliação é de grande utilidade para conferir os sintomas de TDAH, ou mesmo minudenciar o perfil sintomático dos sujeitos avaliados, mas afirmam apenas elas não são suficientes para abarcar todas as questões que envolvem um diagnóstico preciso, como posto anteriormente. Desse modo, é importante termos em mente que, conforme Dumas (2011), o diagnóstico desse transtorno se dá sempre em meio a um contexto social e desenvolvimental associados, sendo que a avaliação psicológica, de um modo geral, deve abranger tais aspectos para compreender o sujeito de forma integral.

Para melhor compreender casos de TDAH, a avaliação neuropsicológica também é importante. Segundo Lezak (1995 apud CUNHA 2000), ela é um tipo de avaliação psicológica bastante complexa, pois exige além de conhecimentos psicológicos, conhecimentos acerca do sistema nervoso central e suas patologias.

Conforme Mattos, Alfano e Araújo (2004) a neuropsicologia é oriunda da neurologia e da psicologia psicométrica, sendo assim, utiliza-se de exames neuropsicológicos para diagnóstico. Eles consistem na aplicação de testes que avaliam inúmeras funções cognitivas, permitindo uma análise quantitativa e qualitativa dos resultados.

No que se refere a uma análise qualitativa, Malloy-Diniz et al. (2008) referem que o diagnóstico psicológico do TDAH é clínico, baseado em critérios bem definidos, como visto no tópico anterior. No entanto, para os autores, também é de grande importância conhecer a história de vida do paciente, esta, relatada também por alguém que o conheça bem, visto que uma possível característica deste paciente é realizar uma auto-observação com imprecisão. Além disso, é preciso cautela, pois na entrevista, como os sintomas do transtorno podem variar dependendo da fonte que os relata, a utilização de mais de uma fonte, dentre elas, a de pais e professores, é importante para aumento da precisão do diagnóstico, visto que os últimos tendem a valorizar tais sintomas.

Quanto a análise quantitativa, Noronha e Reppold (2010), afirmam que a utilização de instrumentos validados são uma estratégia para eliminação de aspectos mais subjetivos que somente a realização de entrevistas podem trazer à avaliação do paciente.

Para Miranda, Borges e Rocca (2010) a avaliação infantil a partir da neuropsicologia se dá através do psicodiagnóstico e tem como objetivo a relação cérebro-comportamento, sendo que as dimensões comportamentais formam uma teia de sistemas emocionais, cognitivos e de controle relacionados de forma íntima com as funções cerebrais. Apesar de, na infância, as disfunções neuropsicológicas terem características muito heterogêneas, resultantes da ainda recente maturação cerebral e de fatores sociais e ambientais.

Para auxiliar a avaliação neuropsicológica, alguns instrumentos de avaliação psicológica são utilizados. Em sua maioria, teste psicométricos, como será exposto a seguir, embora os testes projetivos, que avaliam a personalidade, também sejam válidos para um maior entendimento dos casos. É importante colocar que os testes psicológicos, conforme Urbina (2007), são procedimentos metódicos que tem como finalidade a obtenção de amostras de comportamento importantes no funcionamento cognitivo ou afetivo e na avaliação de tais amostras, levando em conta determinados padrões.

No TDAH, os déficits cognitivos são mais específicos, de modo que o exame neuropsicológico pode ser mais objetivo, levando em conta a avaliação do nível intelectual, de processos atencionais e das funções motoras e executivas (MIRANDA; BORGES; ROCCA, 2010).

Conforme literatura, alguns testes comumente utilizados na avaliação do TDAH são: subtestes Código e Dígitos, presentes na Bateria Wechsler de Inteligência, eles integram o chamado índice de resistência à distração do referido instrumento, onde pode ser mensurada a memória operacional auditivo-verbal do paciente. Outro teste comumente citado e utilizado é o Teste Stroop de Cores e Palavras, que envolve controle inibitório e a seletividade da atenção. O Teste de Atenção Concentrada (AC), também é um instrumento utilizado e que tem por finalidade a avaliação da capacidade do sujeito em manter a atenção concentrada na atividade proposta com tempo determinado para finalização.

Além destes, também são utilizados o Teste de Atenção D2 que também avalia a atenção seletiva e a capacidade de concentração do paciente, bem como a velocidade de processamento de informações. E, o Teste Child Behavior Checklist (CBCL), que mensura possíveis problemas de comportamento, onde, nesse caso, os informantes são os pais.

### **3.3 Os aspectos psicossociais no do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**

O TDAH, segundo Muszkat, Miranda e Rizutti (2012), faz parte dos principais transtornos do neurodesenvolvimento infantil, caracterizando-se através de dificuldades de atenção, controle de impulsos e capacidade de planejamento e controle do nível de atividade motora. Conforme o mesmo autor, o transtorno acomete em média 3 a 6% de crianças em idade escolar, sendo que tal prevalência possui consequente e intenso impacto no neurodesenvolvimento e nas interações psicossociais.

Conforme Riesgo e Rohde (2014), hoje, está evidente que fatores genéticos e ambientais influenciam muito no quadro de TDAH. Segundo os autores, este transtorno está demarcado a partir de parâmetros comportamentais, no entanto, dizem que trata muito mais de uma condição heterogênea, ficando claro a dificuldade de determinar uma base neurobiológica única. Mas não podemos esquecer que todos transtornos, por mais biológicos que sejam, recebem influências significativas do meio.

Para Dumas (2011) o TDAH registra-se em um meio de desenvolvimento onde o comportamento da criança não assemelha-se ao de seus pares, pois esses não possuem dificuldades específicas em seu comportamento, bem como não corresponde às expectativas advindas do meio social em que está inserida. Desse modo, fica notória a dificuldade de interação dessa criança e os problemas que pode vir a enfrentar nos meios sociais do qual faz parte.

Como visto anteriormente, o diagnóstico do TDAH é complexo e, ainda segundo Dumas (2011), o mesmo pode ser ainda mais dificultado pelo fato de seus sintomas e repercussões sociais e afetivas dependerem muito do contexto em que a criança está inserida, bem como do sexo da mesma, visto que, conforme aponta Fontana et al. (2007), o TDAH acomete em sua maioria o sexo masculino.

Ainda conforme Dumas (2011), desde muito cedo, a criança lidará com suas emoções de um modo diferente, levando em consideração as variáveis supracitadas, e, desse modo, as manifestações dos sintomas desse transtorno, consequentemente, refletirão em tais variáveis. Para tentar tornar mais claro o diagnóstico, portanto, o DSM-5 exige a interferência dos sintomas em pelo menos dois contextos: em casa e na escola.

Para ficar claro o quanto fatores psicossociais influem no TDAH, é inevitável ponderarmos, conforme Rohde (1999), os impactos desse transtorno. Segundo o autor, tais sintomas afetarão tanto a criança ou adolescente portador, quanto aqueles que com

eles convivem, podendo levar a dificuldades emocionais, nas relações familiares e sociais e ao baixo desempenho escolar.

Ainda para o mesmo autor, ligando os sintomas quantitativos e suas variações aos impactos relacionais deles decorrentes, podemos pensar num consequente julgamento social, onde esse somatório leva, segundo Dumas (2011), pais e professores a determinarem que os sintomas observados através de comportamentos, geram falta de adaptação e conflitos em casa ou na escola. O que leva a reflexão de que um diagnóstico (ou mesmo a suspeita) reflete em normas sociais, bem como no nível de tolerância do contexto que solicita a avaliação. Desse modo, fica evidente a importância de pensarmos sobre o contexto em que esses sujeitos estão inseridos.

Conforme Dumas (2011), uma minoria de crianças vistas pelos pais e professores como desatentas e agitadas sofrem de TDAH. Pode ser difícil realizar uma distinção entre um funcionamento normal e patológico, e a avaliação neuropsicológica pode contribuir muito na diminuição de erros diagnósticos.

#### **4 DISCUSSÃO DOS DADOS ENCONTRADOS**

Esta pesquisa buscou compreender sinais e sintomas observados em crianças encaminhadas para avaliação psicológica com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com base numa amostra de 50 protocolos de avaliação psicológica, cedidos por Psicóloga especialista na área.

Nesse sentido, importante destacar algumas características desta amostra. Houve um predomínio de crianças entre 9 e 10 anos, conforme demonstra a tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição da Frequência por Idades na amostra**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
5anos	4	8,0
6anos	4	8,0
7anos	2	4,0

8anos	5	10,0
9anos	11	22,0
10anos	10	20,0
11anos	5	10,0
12anos	9	18,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Nos serviços públicos e nas clínicas-escola dos cursos de Psicologia no Brasil, a demanda de atendimento de maior frequência está representada por crianças: de levantamento bibliográfico realizado por Silveiras (1996) em 19 artigos referentes à clientela de clínicas-escola, em 15 delas, o predomínio era de atendimentos a crianças. Semelhante estudo foi desenvolvido por Levandowski (1998) ao examinar 18 artigos sobre a clientela de clínicas-escola e centros de saúde, especialmente no estado de São Paulo, encontrou que maior frequência de encaminhamentos para atendimento psicológico agrupa crianças com idades de 6 a 10 anos, encaminhadas pela escola/professores, devido problemas de aprendizagem e/ou comportamento.

Já Kaefer (2006) aponta para um predomínio da faixa etária entre 8 e 11 anos. Tais constatações apontam para a questão de que é na faixa escolar que as crianças apresentam sintomas que as levam a atendimento.

Essa demanda parece não ter sofrido muita modificação ao longo do tempo, como atestam os estudos de Wolf (1988), Boarini (1993) e Boarini & Borges (1998), nos quais fica demonstrado serem as crianças a imensa maioria da população atendida em serviços de saúde mental da rede pública. Talvez por isso, a avaliação psicológica, muitas vezes, é vista como avaliação da criança (PERSICANO, 1997).

As crianças compõem a maior frequência da clientela, encaminhadas por escolas, pediatras, psicanalistas, que se defrontam com uma subjetividade em formação em que o diagnóstico diferencial pode orientar encaminhamentos de forma mais precisa (SIGAL, 2000); por isto, são as mais avaliadas.

A amostra também foi caracterizada por um predomínio de meninos, conforme demonstra a tabela 2 que segue abaixo.

**Tabela 2 - Distribuição da Frequência em sexo distribuída na amostra**

	Frequência	%
--	------------	---

Feminino	20	40,0
Masculino	30	60,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Campezatto e Nunes (2007), em estudo feito, descrevem ser frequente a maior quantidade de atendimentos de crianças do sexo masculino na faixa etária de até 10 anos. Silva et al. (2009), apontaram a concentração de crianças do sexo masculino, encaminhadas para atendimento em clínicas-escola, apresentando queixas cognitivas que remetem para a questões referentes a aprendizagem. Cruz e Borges (2013), também afirmam que em pesquisas realizadas no Brasil, são encontradas questões referentes ao gênero, visto que indicam um fracasso escolar maior no sexo masculino e entendem que esta realidade se dá tanto por questões culturais referentes a masculinidade, quanto ao estereótipo de passividade feminina.

**Tabela 3 - Distribuição da Frequência em escolaridade distribuída na amostra**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Pré-escolar	7	14
Primeira série	2	4,0
Segunda série	6	12,0
Terceira série	9	18,0
Quarta série	12	24,0
Quinta série	7	14,0
Sexta série	7	14,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Em termos descritivos, percebe-se que a quarta série, a qual compreende a faixa etária entre 09 e 10 anos, existe maior tendência ao encaminhamento para avaliação psicológica. Importante lembrar que é neste período que as crianças possuem um currículo por atividades, ou seja, as disciplinas começam a ser fragmentadas, com divisões tipo Geografia, História, Ciências, às vezes com professores distintos.

Benczik, Rohde e Schimith (2010), referem que crianças com TDAH, mostram níveis de atenção que não correspondem com o ideal para sua idade, apresentam

impulsividade e, por vezes, são superativas, podendo exibir problemas de conduta, agressividade, baixo rendimento na escola, problemas de relacionamento ou problemas de aprendizagem. Além disso, outra característica é a baixa tolerância a frustração e, em razão disso, geralmente têm baixa autoestima. Os sintomas podem ser observados desde muito cedo, mas se acentuam no início da vida escolar, pois durante o processo de aprendizagem, é necessário que haja maior atenção por parte da criança, bem como, são lhe feitas exigências, que, muitas vezes, ela tem dificuldades a cumprir, como a de ficar sentado em sala de aula. Ou seja, a partir do processo de escolarização e aprendizagem a criança acaba por ficar vulnerável a apresentar alguns sintomas característicos de TDAH.

No entanto, nem sempre os sintomas se manifestam dessa forma, fazendo com que sua pluralidade corrobore com a dificuldade no diagnóstico, desse modo, quando há suspeitas desse transtorno, uma grande aliada é a avaliação neuropsicológica. Considerada técnica de investigação, na qual o psicólogo se encontra habilitado, com o uso de instrumentos de avaliação das funções mentais e questões da personalidade, a mesma requer integração de diferentes áreas do conhecimento, com a finalidade de buscar uma melhor compreensão dos transtornos mentais (SILVA; WAGNER, 2017).

As autoras acrescentam ainda, que a investigação entre cérebro e comportamento, quando se trata de crianças e adolescentes deve ser criteriosa, visto que estes estão em ainda em plena maturação cerebral. Tal maturação depende de inúmeros fatores, tanto neurobiológicos, quanto ambientais, podendo apresentar grande variação de sujeito para sujeito.

Silva e Wagner (2017), trazem que o diagnóstico de TDAH, é essencialmente clínico e baseia-se em manuais de classificação como o DSM, já mencionado na revisão bibliográfica acima. Portanto, além da utilização de instrumentos que auxiliam no processo de avaliação, é crucial ficar atento a algumas especificações da avaliação neuropsicológica como a demanda desta avaliação, a observação clínica e o contexto psicossocial da criança ou adolescente avaliado.

Levando em conta tais prerrogativas, os 50 protocolos avaliados nessa pesquisa, trouxeram algumas informações relevantes da amostra coletada. Tais protocolos, avaliaram 50 crianças com suspeita de TDAH, entre 5 e 12 anos de idade, sendo observada uma maior prevalência de encaminhamentos entre os 9 e 10 anos de idade. Como exposto na literatura, os sintomas de TDAH podem se manifestar desde cedo, no entanto, é necessário que os mesmos estejam presentes antes dos 12 anos de idade (MATTOS, 2015).

Para Siqueira e Gurgel-giannetti (2011), a educação formal atualmente possui um importante valor sociocultural, sendo que o bom desempenho escolar indica sucesso social. A partir daí, passou-se a ter maior preocupação com os motivos de certas crianças apresentarem maior dificuldade no processo de aprendizagem, além disso, com acesso universal à escola, queixas referentes ao mau desempenho escolar e dificuldades de aprendizagem passam a ser comuns nos consultórios médicos. Para tanto, torna-se crucial analisar este período.

A amostra apontou que mais de 70% das crianças tiveram ingresso escolar antes dos dois anos de idade, período importante do desenvolvimento motor infantil. A entrada em berçários e creches, provavelmente, se deu nesse período.

Mais de 20% das 50 crianças avaliadas frequentavam a 4ª série durante o período de avaliação psicológica. Conforme Mattos (2015) os sintomas comuns ao TDAH, tornam-se mais evidentes aos sete anos, sendo que em muitos casos aparecem mais tarde. Ou seja, é no ensino fundamental que as crianças vêm apresentando os sintomas com mais frequência. O autor ainda coloca que o método expositivo, prática tradicional de ensino, vem colaborando com tal questão, porque coloca o professor como autoridade e o aluno como passivo nessa relação, dessa forma, a criança prejudica-se tendo ou não TDAH, pois, por mais cômodo que seja para os professores, a utilização desse método, faz com que se perca parte do conteúdo de ensino, não gerando motivação nas crianças, o que vem a depender muito também da capacidade de empatia e comunicação apresentada pelo professor. (MATTOS, 2015).

Foi observado ainda, que 68% das crianças avaliadas frequentavam escola privada, sendo que os 32% restantes eram de escolas públicas, levando-nos a pensar sobre o fato de que escolas públicas ainda encontram-se desassistidas quando falamos de questões psicossociais. Além disso, estudos apontam que a grande maioria crianças que consultam na psiquiatria pública e privada apresentam queixa escolar, no entanto, usufruir de uma consulta privilegiada depende muito mais de um nível socioeconômico do que da natureza das dificuldades que a criança vem apresentando (MARCELLI; COHEN, 2010).

No que diz respeito a reprovação, apenas 10% das crianças da amostra já haviam reprovado de ano, o que nos remete a questionar se isso diz respeito ao parecer CNE/CEB Nº 11/2010 e a resolução CNE/CEB Nº 07/2010 de dezembro de 2010, que recomendam que os três primeiros anos do Ensino Fundamental sejam organizado em um único ciclo pedagógico, o que impediria a reprovação em nos 3 anos iniciais do Ensino Fundamental.

Tal questão vai de encontro também com a prevalência de idade das crianças avaliadas, visto que aos nove e 10 anos de idade, supõe-se que a criança já está alfabetizada e, portanto, pode reprovar caso apresente algum problema de aprendizagem, um dos principais motivos de encaminhamentos dessa amostra. Talvez seja este o momento em que os professores passam a olhar mais para seus alunos e para os sintomas apresentados por estes, já que é o momento em que os mesmos passam a ser avaliados frente a aprovação ou reprovação escolar.

Sendo assim, muitas vezes, as crianças que passam a não alcançar patamares de rendimento estabelecidos em cada etapa da escolarização podem ser consideradas com algum distúrbio que deve ser corrigido por profissionais da saúde, se dando, portanto, o encaminhamento (ZIBETTI et al., 2010).

Além disso, houve ainda maior prevalência de protocolos de avaliação do sexo masculino, correspondendo 60% da amostra analisada, o que vem muito de encontro com estudos já realizados. Conforme Benczik, Rohde e Schimith (2010), a prevalência do Transtornodo de Déficit de Atenção e Hiperatividade, nos Estados Unidos é de 3% a 5% em crianças em idade escolar, o que corresponde as taxas brasileiras, conforme estudos já realizados.

Cardoso et al. (2007), trazem a importância de não apontar a diferença entre os sexos apenas para algum transtorno, como o TDAH, visto que existem questões biológicas, culturais e motivacionais que levam homens e mulheres a apresentarem comportamentos socialmente distintos. Tais resultados se dão, conforme Mattos (2015), pois, por muito tempo se acreditou que o TDAH fosse mais comum em meninos, já que os problemas de comportamento estão mais relacionados ao sexo masculino, no entanto, pontua-se hoje que meninas, por terem um padrão de relacionamento interpessoal com maior nível de intimidade e vinculação, além de maior sensibilidade referente a problemas de relacionamento, também sofrem com os sintomas associados a tal transtorno, embora com impacto diferente do que se comparado a meninos.

Além das questões já apontadas, Kaefer (2006), refere a importância de coletar dados de anamnese referentes ao desenvolvimento em pacientes com suspeita de TDAH, investigando-se da gestação ao momento presente. Nessa amostra, não constatou-se dados que apontem claramente para TDAH, o que se constata, é que mais de 60% das crianças não tiveram uma gravidez planejada, sendo que 90% apresentaram uma gestação a termo. Segundo Faraone e Biederman (1998, apud ROHDE e HALPERN 2004) a busca pela associação entre TDAH e complicações na gestação ou no parto possuem resultado e

conclusões que divergem, no entanto, tais associações tendem a suportar a ideia de algumas complicações nesse período podem predispor o transtorno, desse modo é importante analisá-los.

Outro dado encontrado foi que boa parte das crianças presentes na amostra não apresentaram determinadas características desenvolvimentais, ou as apresentaram tardiamente, por exemplo. Conforme Haywood e Getchell (2016), o desenvolvimento é um processo sucessivo de modificações na capacidade funcional, além disso, também é um processo cumulativo de mudanças, que podem ser mais ou menos observadas ao longo da vida.

Na amostra analisada, mais da metade, 27 das 50 crianças não engatinharam, e sabe-se que esta é uma tarefa importante para a criança. Além de estimular sua autonomia, a auxilia em habilidades futuras não apenas no que se refere ao bom desenvolvimento motor, mas também a questões de aprendizagem, pois a criança passa a aprimorar seu desenvolvimento neurológico em funções como a memória e a concentração.

No que se refere ao ato de caminhar, também se reconhece a importância no que concerne o bom desenvolvimento neurológico, na amostra, foi constatado que 18 crianças começaram a caminhar apenas a partir dos 2 anos de idade, sendo que sabe-se que, em geral, é no período de 0 a 2 anos de idade que a criança iniciará uma busca por sua identidade própria e autonomia através de sua movimentação, como posto anteriormente, o que ultrapassa tal idade pode ser considerado como prejudicial ao desenvolvimento de funções importantes do neurodesenvolvimento.

Quanto ao desenvolvimento do controle esfíncteriano, 70% das crianças o obtiveram com 2 anos de idade, estando dentro do que é esperado. Mota e Barros (2008), apontam que obter o controle esfíncteriano é um dos marcos no desenvolvimento da criança, pois é um dos grandes desafios que esta enfrenta nos primeiros anos de vida. Além de controlar seus esfíncteres intestinal e urinário, também necessita adaptar-se aos valores culturais e sociais do meio em que se vê inserida.

Quanto ao encaminhamento, 70% da amostra de crianças, foi encaminhada à avaliação por um Neuropediatra. Kaefer (2006), afirma que nos últimos anos a solicitação por exames psicológicos por parte de médicos e profissionais de áreas afins tem aumentado muito. Além disso, o principal motivo de encaminhamento foi a avaliação psicológica, seguido por dificuldades na aprendizagem e, posteriormente, por suspeita específica de TDAH.

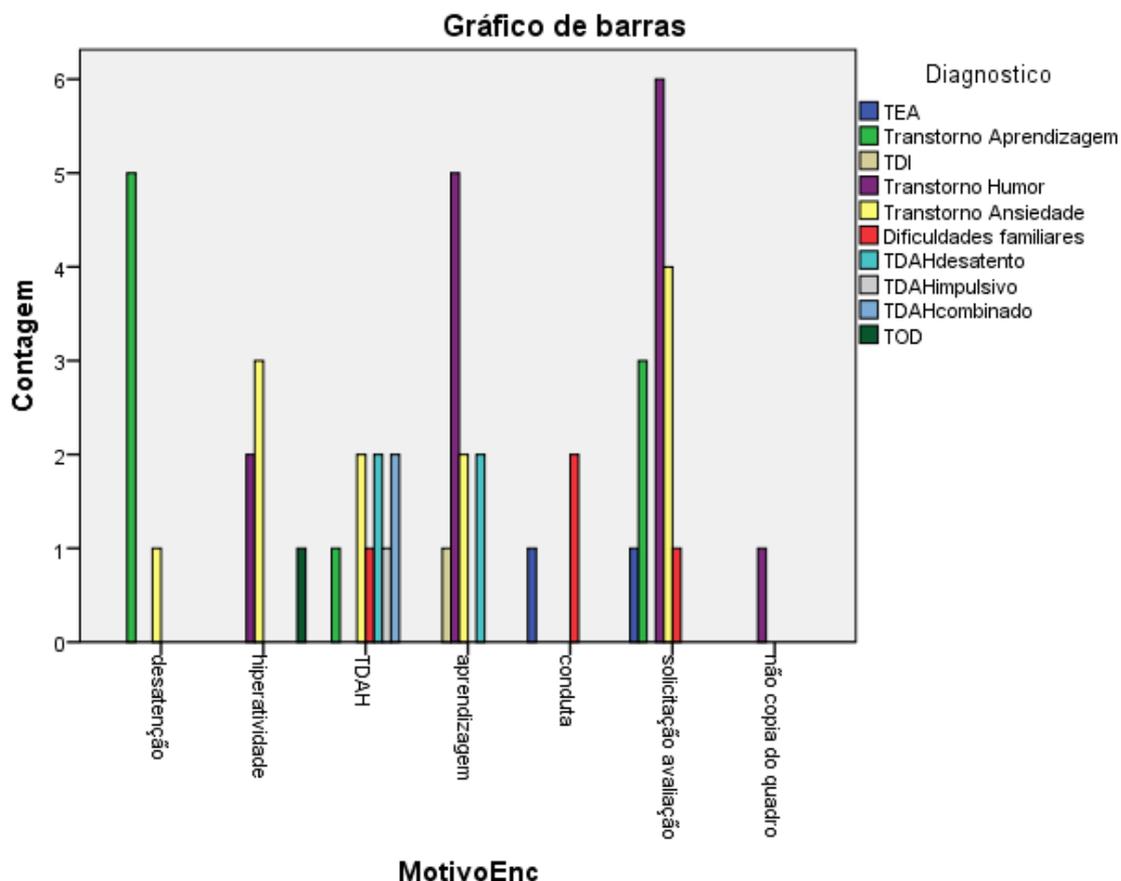
Conforme pontua Dumas (2011), por mais que o TDAH se manifeste cedo, torna-se difícil realizar um diagnóstico antes de 3 ou 4 anos de idade, pois, segundo Mattos (2015), em período pré-escolar, sintomas referentes a desatenção e hiperatividade não são facilmente identificados devido as atividades realizadas pela criança serem mais dinâmicas, além disso, há menor expectativa em relação ao desempenho da mesma.

Outro dado coletado diz respeito ao uso de medicação, sendo que 48 das 50 crianças avaliadas não faziam uso até o momento da avaliação psicológica, dado importante no que tange a preocupação frente a medicalização da infância e percepção da importância de um diagnóstico preciso, com base nessa avaliação. Vale mencionar que a utilização de instrumentos de avaliação é de uso exclusivo do saber psicológico, sendo de suma importância a troca de saberes para realização de um diagnóstico preciso, e, conseqüentemente, que auxilie quanto a não medicalização, quando esta não se faz necessária.

Rose (2008) preocupa-se com o crescente aumento da utilização de metilfenidato (Ritalina). O grande número de prescrições dessa droga fala muito acerca de uma tendência em tratar crianças desobedientes, desatentas ou sem um suporte familiar adequado. Ou seja, as crianças em idade escolar vêm sendo medicadas com Ritalina como forma de controle social.

Tal questão também chama a atenção para o discurso dos pais, pois, nas avaliações realizadas, os principais sintomas mencionados por estes, dizem respeito, principalmente, a problemas de aprendizagem, conduta, seguido pelo já apontamento de TDAH, sendo que tais sintomas foram comumente associados pelos mesmos. Embora, nos resultados diagnósticos, boa parte das crianças apresentaram critérios para transtorno de humor, seguido de transtorno de ansiedade ou então algum transtorno de aprendizagem, sendo importante destacar que apenas 8% da amostra obteve diagnóstico de TDAH desatento, 2% TDAH impulsivo e 4% TDAH combinado.

Dessa forma, percebeu-se um achado importante desta pesquisa, não correspondente a identificação de uma possível associação entre sexo, idade e escolaridade, como foi pensado inicialmente, talvez por não haver uma amostra significativa. No entanto, a significância encontrada diz respeito a associação das variáveis entre motivo do encaminhamento e o diagnóstico final, como representado no gráfico a seguir.



Percebeu-se que, pela via da aprendizagem, a criança encaminhada demonstra algum problema, muito relacionado com problemas de conduta ou com sintomas, de fato, específicos de TDAH. Dessa forma, a partir dos problemas apresentados, o saber médico busca, através da avaliação, compreender o que está ocorrendo com esta criança e o que encontramos são, principalmente, problemas associados a quadros de humor, como a depressão e ansiedade, muito mais do que problemas específicos de aprendizagem ou mesmo de TDAH. Assim, a queixa aprendizagem aparece como um véu para outros sintomas.

Sabe-se que a capacidade de aprender necessita de uma base vincular, afetiva, onde a vinculação constitui os pilares psicológicos do bom desenvolvimento da função simbólica e do pensamento. Dessa forma, tal compreensão psicológica explica algumas dificuldades de aprendizagem. (KAEFER, 2006). López (2004), aponta que problemas emocionais e sociais são capazes de desempenhar papel importante no que se refere a problemas de aprendizagem ou rendimento escolar, o autor cita, dentre os problemas, a ocorrência de deficiências na motivação, concentração, planejamento da conduta, além de má relação com o professor ou colegas, baixa autoestima, baixo sentimento de auto

eficácia, ansiedade excessiva, etc. Para tanto, a importância do auxílio escolar e familiar, pois uma ação positiva frente a tais sintomas, podem impedir que estes se generalizem.

Há, portanto, grande investimento narcísico por parte da criança no ambiente escolar, conforme apontam Marcelli e Cohen (2010). Os autores trazem ainda que, assim como situações psicopatológicas podem acarretar dificuldades escolares, o oposto também ocorre, as dificuldades escolares podem levar a transtornos psicopatológicos depressivo/narcísico e/ou do comportamento. Os transtornos de humor manifestam-se por mudanças marcantes ou prolongadas das emoções e costumam estar acompanhados por sintomas que afetam o funcionamento da criança, perturbando sua interação com o meio, sendo comum a irritabilidade, agitação, desaceleração ou agitação psicomotora, falta de energia, dentre outros (DUMAS, 2011). Tais questões, em muitos casos, vêm de encontro com as principais queixas frente ao encaminhamento de crianças nessa amostra, revelando a necessidade de um diagnóstico preciso, para que se possa auxiliar os pais e a escola frente as reais necessidades da criança.

Marcelli e Cohen (2010) apontam a necessidade de levar em conta a tríade criança, pais e escola, avaliando sua interação recíproca, para não colocar a ação terapêutica como forma principal de tratamento. Estudos apontaram que crianças encaminhadas para atendimento psicológico, de fato, acabam chegando aos serviços através de queixas referentes à aprendizagem, mas também apresentam problemas de cunho emocional, o que indica que são os professores que conseguem olhar primeiro para tais questões (SOUZA; MOSMANN, 2013; SCORTEGAGNA; LEVANDOWSKI, 2004). Conforme D'Avila-Bacarji, Maturano e Elias (2005), esse tipo de queixa alerta para a necessidade de cuidado com a saúde mental das crianças, pois, além de estarem apresentando dificuldades, ainda pertencem a um contexto onde a família não está conseguindo dar a base e suporte emocional que estas necessitam.

Com base nos resultados obtidos, percebe-se que, de fato, o diagnóstico de TDAH ainda promove confusões e equívocos quanto ao seu entendimento, por conta da semelhança com de alguns sintomas, os quais são inerentes ao TDAH, com outros transtornos psicopatológicos.

Dessa forma, entende-se que há, nessa amostra, um perfil comportamental que define a criança com suspeita de TDAH encaminhada para avaliação psicológica, visto que a mesma, quando chega a avaliação, é encaminhada por apresentar uma dificuldade de aprendizagem, sendo este o principal perfil para encaminhamento. No entanto, quando se avaliam os sintomas, percebe-se que existem muito mais questões referentes ao humor,

conduta e aprendizagem nessa criança, chegando, por fim, a um diagnóstico que indica transtorno de humor.

Dado tal resultado, ressalta-se a importância de um diagnóstico preciso, visto que este será capaz de prevenir a medicalização da infância, além de ser capaz de orientar a melhor forma de suprir as necessidades dessa criança e de seu sofrimento mental.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por compreender que ainda existe muita confusão e equívoco quanto ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, pautado, muitas vezes, por questões advindas do senso comum, buscou-se realizar esta pesquisa pensando na importância da avaliação psicológica frente ao auxílio de um diagnóstico preciso.

Entende-se que a avaliação psicológica é um método de fundamental importância quando se pondera algum tipo de transtorno, mesmo quando falamos de crianças, pois cabe ao profissional especializado na área levar em consideração que estas ainda

encontram-se em pleno desenvolvimento de suas funções mentais. E, ao contrário de taxar a criança com algum diagnóstico, como muitos pensam, a avaliação psicológica é capaz de orientar os adultos quanto as principais necessidades da criança em questão, auxiliando em seu bom desenvolvimento e, muitas vezes, ajudando a prevenir doenças futuras.

Através dos dados obtidos, percebeu-se que o perfil comportamental da criança encaminhada para avaliação psicológica com suspeita de TDAH, traça uma criança com problemas de aprendizagem, no entanto, quando realizada a avaliação, identifica-se que esta criança vem apresentando sintomas característicos de um quadro de humor, sendo as questões de aprendizagem sinalizadoras deste problema. Pensando nisso, nota-se, mais uma vez, a importância da avaliação para averiguar o que está acontecendo, de fato, com essa criança que sofre.

Além de prevenir a medicalização incoerente, a avaliação que busca por um diagnóstico preciso, auxiliará nesta etapa tão importante do desenvolvimento humano, a infância. Sendo que pode prevenir também, que esta criança desenvolva outros transtornos advindos de seu meio, através da orientação de pais e professores referente aos reais problemas e necessidades da mesma.

Espera-se que esta pesquisa auxilie quanto ao desenvolvimento de um olhar mais atento para encaminhamentos de crianças a avaliação psicológica, bem como instigue a reflexão quanto a importância de fatores ambientais: os sintomas apresentados em período escolar, já que é na escola que a criança vem conseguindo expressar-se, e os motivos dessa criança não estar conseguindo ser compreendida em seu meio familiar.

## REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. 948 p.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.67-82, 2014.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; RODHE, Luis Augusto P. (Org.); SCHIMITH, Marcelo (Org.). **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica**. 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 112.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB n. 11/2010, de 7 de julho de 2010. Sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 anos. Brasília, DF: CNE/CEB, 2010.

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.135-144, 2009.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p.46-61, 2010.

CAMPEZATTO, P. V. M., & NUNES, M. L. T. A Clientela das Clínicas-Escola de Psicologia de Porto Alegre e Região Metropolitana. **Resumo publicado em: Anais da Jornada de Intercâmbio Científico e Acadêmico da Psicologia na Contemporaneidade**, [CD-ROM]. Faculdade de Psicologia da PUCRS, 2005.

CARDOSO, Fernando Luiz et al. Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares. **Revista brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.9, n.1, p.50-54, 2007.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico - V. 5.** ed., Porto Alegre: Artmed, 2000. 677 p.

D’AVILA-BACARJI, Keiko Maly Garcia; MATURANO Edna Maria; ELIAS, Luciana Karla dos Santos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n.1, p. 107-115, jan./abr., 2005.

DUMAS, Jean E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 640 p.

FARAONE, Stephen. V.; BIEDERMAN, Joseph. Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological*, v. 44, n. 10, p. 951-958, nov. 1998.

FONTANA, Rosiane da Silva et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 65, n. 1, p.134-137, mar. 2007.

HAYWOOD, Kathleen M.; GETCHELL, Nancy. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 6.ed., Porto Alegre: Artmed, 2016, p.415.

KAEFER, Heloisa. **Avaliação psicológica no transtorno da atenção**. In: ROTTA, Newra Tellechea et al. Transtornos da aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 477.

KAEFER, Heloisa. **Semiologia psicológica**. In: ROTTA, Newra Tellechea et al. Transtornos da aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 477.

LEZAK, Muriel Deutsch. **Neuropsychological assessment**. New York: Oxford University Press, 1995.

LOPES, Regina Maria Fernandes; NASCIMENTO, Roberta Fernandes Lopes do; BANDEIRA, Denise Ruschel. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n. 1, p.64-74, 2005.

LÓPEZ, Félix. **Problemas afetivos e de conduta na sala de aula**. In: COLL, César (Org.); MARCHESI, Álvaro (Org.); PALACIOS, Jesús (Org.). Desenvolvimento psicológico e da educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 367.

MARCELLI, Daniel; COHEN, David. **Infância e psicopatologia**. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 600.

MATTOS, Paulo; ALFANO, Angela; ARAÚJO, Cátia. **Avaliação Neuropsicológica**. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan (Org.). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 503 p.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade TDAH**. 16. ed. Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2015, p.232.

MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. **Neuropsicologia no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. In: FUENTES, Daniel et al. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008, 432 p.

MIRANDA, Mônica Carolina; BORGES, Manuela; ROCCA, Cristiana Castanho de Almeida. **Avaliação Neuropsicológica Infantil** In: MALLOY-DINIZ, Leandro F. et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, 2010, 432 p.

MOTA, Denise M.; BARROS, Aluisio J. D. Aquisição do controle esfinteriano em uma coorte de nascimentos: situação aos 2 anos de idade. **J. Pediatr.**, v 84, n.5, p. 455-462, 2008.

MUSZKAT, M.; MIRANDA, Mônica Liz; RIZZUTTI, Sueli. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 142 p.

NORONHA, Ana Paula Porto; REPPOLD, Caroline Tozzi. Considerações sobre a avaliação Psicológica no Brasil. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. especial, p. 192-201, 2010.

PRIMI, Ricardo. Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direção para o Futuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. especial, p.25-35, 2010.

POETA, Lisiane Schilling. NETO, Francisco Rosa. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolas da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p.150-155, 2004.

RIESGO, Rudimar; ROHDE, Luis Augusto. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. In: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO,

Ivan (Org.). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 503 p.

ROHDE, Luís Augusto P.; BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de déficit de atenção-hiperatividade: o que é? Como ajudar?**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 92 p.

ROHDE, Luís Augusto P.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004.

ROSE, S. Drugging unruly children is a method of social control. **Nature**, London, v. 451, n. 31, p. 521, jan. 2008.

SCORTEGAGNA, Paula; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. **Interações**, v. IX, n. 18, p. 127 – 152, jul-dez, 2004.

SILVA, Katine Lilian da; WAGNER, Flávia. **Avaliação Neuropsicológica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Crianças e Adolescentes**. In: TISSER, Luciana (Org.) Avaliação Neuropsicológica Infantil. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017, p. 319.

SILVA, Roselaine Berenice Ferreira da et al. Triangulação de informações: Bender, anamsene e CBCL nas dificuldades de aprendizagem. **Revista de Psicologia IMED**, v. 1, n.1, p. 82-90, 2009.

SIQUEIRA, Cláudia Machado; GURGEL-GIANNETTI, Juliana. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev Assoc Med Bra**, v.57, n.1, p.78-87, 2011.

SOUZA, Fernanda R. de; MOSMANN, Clarisse P. Crianças e adolescentes encaminhados para psicoterapia pela escola: percepções de genitores e professores. **Revista da SPAGESP**, v. 14, n. 2, p. 39 – 54, 2013.

URBINA, Susana. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 320 p.

ZABETTI, Marli Lucia Tonatto et al. Quando a escola recorre à psicologia: mecanismos de produção, encaminhamento e atendimento à queixa na alfabetização. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, ano 10, n. 2, p. 490-506, 2010.

PERSICANO, M. L. S. Reflexões sobre a importância do psicodiagnóstico na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, v.3, n.2, p. 88-97, 1997.