



Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental*

**Ana Lúcia Balbino Peixoto
Maria Margarida Pereira Rodrigues**

Resumo: Este estudo teve como objetivo levantar os critérios de diagnóstico e de tratamento de crianças escolares com TDAH utilizados por profissionais da área de saúde mental que atuavam em consultórios privados na região da Grande Vitória/ES. Os participantes foram 10 psicólogos, 10 psiquiatras e 10 neurologistas, entrevistados em seus locais de trabalho. Os resultados encontrados indicaram que o diagnóstico de TDAH baseava-se, principalmente, nas informações obtidas na consulta com os pais, sem adesão aparente aos critérios recomendados pela literatura especializada. A maioria dos profissionais adotava a medicação como forma principal de tratamento e não possuía equipe multidisciplinar, apesar de reconhecerem a necessidade de combinar a intervenção medicamentosa com outras modalidades, principalmente intervenção psicoterápica.

Palavras-chave: TDAH; adesão aos critérios; criança escolar

Diagnose and treatment of school-aged children with ADHD by mental health professionals

Abstract: The purpose of this study was to describe the use of criteria to diagnose and treat school-aged children with ADHD by mental health professionals, who attended in private offices in Vitória/ES. The participants included 10 neurologists, 10 psychiatrics, 10 psychologists, who were interviewed in their offices. The results showed that the diagnosis of ADHD was primarily based on the parent's interview, showing no adherence to the criteria recommended by the specialized literature on this subject. Despite a recognized need to combine medication intervention with others type of therapy specially the psychotherapy, the majority of participants adopted medication as the principal form of treatment and don't work together as a team.

Keywords: ADHD; guideline adherence; school-age children.

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) há muitas décadas, vem sendo objeto de estudo de pesquisadores principalmente das áreas de Psicologia, Educação e Medicina. Nos últimos 20 anos, de acordo com a Academia Americana de Pediatria, os critérios de diagnóstico e tratamento desse Transtorno foram revisados em várias ocasiões (AAP, 2000). O DSM IV, Manual Estatístico e Diagnóstico publicado

* Este artigo é parte da dissertação defendida pela primeira autora em 2006, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

pela Associação Americana de Psiquiatria, define o TDAH como um problema de saúde mental, considerando-o um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade (DSM-IV, 1994). Ademais, a Academia Americana de Pediatria o considera o transtorno neurocomportamental mais freqüente na infância (AAP, 2000).

O TDAH é um diagnóstico clínico fundamentado na presença de sintomas comportamentais determinados pelo DSM-IV e, portanto, é importante reconhecer as limitações do mesmo. A própria AAP afirma, em seu Guia Prático, que a maioria dos testes e avaliações foi desenvolvida em ambientes psiquiátricos e pouco se sabe sobre o seu uso por pediatras e médicos generalistas (AAP, 2000). Os critérios de DSM-IV permanecem como um consenso sem dados empíricos claros que justifiquem o número de itens requisitados para o diagnóstico de TDAH. Além disso, segundo a AAP (2000), os critérios não diferenciam os gêneros nem valorizam as variações de desenvolvimento comportamental. Em função da complexidade do diagnóstico do TDAH, recomenda-se que os profissionais utilizem em seu julgamento clínico os critérios do DSM-IV juntamente com informações obtidas junto aos pais e professores, buscando conhecer o comportamento da criança em diferentes contextos, seu desempenho acadêmico, seu rendimento escolar em relação à sua idade cronológica e série escolar, suas relações sociais e familiares, seus interesses, suas habilidades, sua autonomia e independência na rotina diária do lar, entre outros.

No que concerne ao sexo, as pesquisas mostram que a proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1, em estudos populacionais, até 9:1 em estudos clínicos (Rohde & Halpern, 2004). Segundo Biederman e cols.(2002), apesar das razões para a aparente subidentificação em meninas não serem claras, as diferenças de gênero na expressão do transtorno podem estar levando ao encaminhamento de mais meninos do que meninas, pela atribuição de hiperatividade ao comportamento típico dos meninos. Os estudos mostram que os meninos, em situação de recreação livre, preferem as brincadeiras e jogos de atividade física mantendo um padrão de atividade motora mais agitada que o das meninas de mesma série escolar e faixa etária (Maccoby, 2000, Souza & Rodrigues, 2002).

O DSM-IV (1994) subdivide o TDAH em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; TDAH combinado. No sexo feminino predominam os sintomas de desatenção que, juntamente com o tipo combinado, acarretam uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. Um bom desempenho escolar, segundo Benczik (2002), depende, cada vez mais, da criança permanecer sentada e quieta, de longos períodos de concentração e de fazer as lições escolares. Para atender às exigências desse ambiente a criança necessita ter controle e ajustar seu comportamento para responder satisfatoriamente a essas demandas (Ciasca, 2003). Crianças com TDAH têm esse ajuste prejudicado pela falta de controle da impulsividade e, freqüentemente, apresentam em seu histórico escolar registros de suspensão, de expulsão e de reprovação (Ciasca, 2003).

Em entrevistas com mães canadenses e inglesas, cujos filhos tinham diagnóstico de TDAH, Malacrida (2004) verificou que a maioria percebeu o início ou o agravamento dos problemas dos filhos a partir do ingresso na escola. Segundo Sax e Kautz (2003),

os professores ou outros profissionais da escola foram os que primeiro sugeriram o diagnóstico de TDAH em crianças, segundo os médicos de família, pediatras e psiquiatras infantis entrevistados.

De acordo com Benczik (2002), na coleta de informações com pais e professores são utilizados questionários, entrevistas e escalas. Rohde e Halpern (2004) reafirmam a necessidade de contato e coleta de dados com os professores para a avaliação de sintomas no contexto escolar; uma vez que os pais tendem a generalizar informações sobre os sintomas que se manifestam no ambiente doméstico para o ambiente escolar.

Quanto ao tratamento proposto para crianças com TDAH, a literatura revela o uso de intervenção medicamentosa, eventualmente acompanhada de intervenção psicoterapêutica. Segundo Schachar e cols. (2002), a quantidade de medicamentos prescritos para tratar crianças com TDAH, especialmente o metilfenidato, aumentou quatro vezes, na última década, nos países da América do Norte. A maioria desses medicamentos são estimulantes prescritos, principalmente, para crianças em idade escolar. Um dos prováveis fatores que contribuiu para aumento do uso dos estimulantes pode ser o fato de seu uso ser apresentado como efetivo, relativamente seguro e com poucas contra-indicações. Outro fator pode ser a maior divulgação e acesso a informações, possibilitando que pais e professores considerem determinados comportamentos isolados das crianças como sintomas do TDAH.

Segundo Cramer e cols. (2002), há mais estudos publicados com resultados positivos do que negativos e, quanto maior o efeito do tratamento, maior a chance desse estudo ser publicado. Os resultados podem estar valorizando os benefícios do tratamento medicamentoso, de acordo com esse autor, devido às falhas metodológicas e/ou existência tendenciosa nessas publicações, não negando, entretanto, a redução de alguns dos sintomas do TDAH nas crianças. Além disso, a maioria desses relatos demonstra a eficácia dos estimulantes principalmente nos meninos e poucos estudos revelam o mesmo nível de eficácia em meninas (Cramer & cols., 2002).

Rhode e Halpern (2004), apesar de reafirmarem a eficácia da medicação, relatam que a modalidade psicoterápica com melhores resultados em crianças com TDAH é a cognitivo-comportamental. A terapia comportamental representa uma série de intervenções específicas com o objetivo de modificar o ambiente físico e social e assim transformar ou alterar o comportamento (AAP, 2001). A AAP (2001), em seu guia de tratamento, registrou melhores resultados nas mudanças de comportamento das crianças dentro da sala de aula com a adoção da terapia familiar. Concanon e Tang (2005) também revelaram benefício nessa intervenção, especialmente na presença de comorbidades e stress familiar.

Segundo o Guia Prático (AAP, 2001), a combinação de tratamentos (medicação e psicoterapia), apesar de não apresentar significância estatística, é apontada por pais e professores como significativa, especialmente no desempenho acadêmico e em alguns sintomas específicos das crianças com TDAH. A AAP também recomenda que os pais e profissionais da escola sejam cuidadosamente orientados para o cuidado do escolar com diagnóstico de TDAH, não só pela grande prevalência desse transtorno na infância como, também, pela possibilidade da persistência dos sintomas, em torno de 60 a 80%, na adolescência (AAP, 2001).

Nos Guias Clínicos e parâmetros publicados há unanimidade sobre a necessidade da avaliação de crianças com TDAH e a importância da inclusão da escola e da família para a elaboração do plano de tratamento. Portanto, os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento dessas crianças devem ser conhecedores dos principais domínios do desenvolvimento das crianças, fazer coleta de dados com os pais e professores, conhecer o comportamento nos ambientes familiar, escolar e demais ambientes sociais, identificar os fatores de risco na história gestacional e pré-natal, saber sobre o desenvolvimento neuromotor/social e cognitivo, assim como as possíveis doenças psicopatológicas familiares.

A não ser que a criança resida em um local onde haja um centro de atendimento especializado para TDAH, com equipe formada, é no consultório do psicólogo e do médico que as famílias vão buscar ajuda e informações sobre como lidar com o comportamento dessas crianças. Considerando os problemas, detectados e discutidos pelos pesquisadores, e as recomendações dos especialistas para o diagnóstico e o tratamento, fazem-se necessários estudos com profissionais, que atuam na área de saúde mental, sobre o diagnóstico e o tratamento dessas crianças no seu cotidiano de prática clínica. Por isso, a presente pesquisa teve como objetivo levantar os critérios e instrumentos utilizados no diagnóstico e tratamento de crianças por neurologistas, psiquiatras e psicólogos.

Método

Os participantes da pesquisa foram 10 neurologistas, 10 psiquiatras e 10 psicólogos, que exerciam suas atividades, principalmente, em clínicas e consultórios privados na região da Grande Vitória, ES. Os psicólogos entrevistados trabalhavam com Terapia cognitivo-comportamental ou Terapia sistêmica familiar. A maioria dos entrevistados já havia se graduado há mais 10 anos (76,7%), sendo 3 anos o menor tempo de graduação, e atuava com TDAH, também, há mais de 10 anos (57%).

Para a seleção dos participantes foram utilizados os seguintes critérios: experiência mínima de 2 anos no atendimento, em estabelecimentos privados, de crianças, em idade escolar, com problemas comportamentais e com a suspeita diagnóstica de TDAH.

A coleta de dados foi realizada pela primeira autora, que é profissional da área. Alguns dos profissionais que atendiam os critérios explicitados já eram conhecidos da primeira autora, outros foram indicados por colegas e conhecidos e pediu-se também aos entrevistados que indicassem colegas que poderiam ser entrevistados. Tratou-se de amostra selecionada por conveniência (Turato, 2003), que cumpria os critérios de experiência no atendimento de crianças escolares com suspeita de TDAH em estabelecimentos privados.

Optou-se pela escolha de profissionais que atendem em estabelecimentos privados porque nos Serviços de Saúde Pública da Grande Vitória há poucos profissionais que atendem os critérios estabelecidos. Além disso, as longas filas de espera para agendar a consulta e o retorno interferem no acompanhamento e tratamento dessas crianças.

Não há informação sobre o número de profissionais (psicólogos, psiquiatras e neurologistas) que atendem crianças com TDAH na Grande Vitória. Por isso, não é possível fazer afirmações sobre a representatividade da amostra. No entanto, durante a coleta de dados verificou-se que as indicações de profissionais a serem entrevistados, feitas pelos entrevistados e por outros profissionais da área de saúde mental, eram repetitivas – de profissionais já entrevistados ou que já estavam na lista dos que seriam entrevistados – ou de profissionais que não atendiam os critérios. Esses acontecimentos permitem a inferência de que a amostra pode ser representativa, considerando-se o subconjunto estabelecido pelos critérios.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, norteadas por um roteiro de entrevista, que abordavam os seguintes assuntos: dados pessoais e profissionais dos entrevistados; número de crianças com o diagnóstico de TDAH na faixa etária escolar, atendidas mensalmente ou semanalmente; características das crianças atendidas; os critérios diagnósticos usados; o tipo de intervenção sugerida; e dificuldades no tratamento. Preferiu-se a entrevista, em detrimento do questionário, para evitar problemas tais como: o baixo índice de devolução, a possibilidade de indução de respostas, no caso de perguntas fechadas e as respostas genéricas, no caso de perguntas abertas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, nos ambientes de trabalho dos profissionais e no período de agosto a outubro de 2005. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento e permitiram a gravação em áudio das entrevistas.

A partir da transcrição das entrevistas o material foi organizado nas categorias, que já estavam presentes no roteiro de entrevista, e calculadas as suas frequências. Em função da natureza do instrumento de coleta utilizado não foi necessário elaborar novas categorias.

Resultados

Diagnóstico

As respostas variaram entre os profissionais em relação ao número de crianças atendidas, com suspeita do diagnóstico de TDAH. Os números relatados pelos psicólogos foram de 5 a 10 crianças por mês. Os atendimentos dos psiquiatras e neurologistas variaram de 5 a 10 crianças por semana até mais de 25 crianças por semana, no caso de 2 neurologistas e 2 psiquiatras.

Todos os psicólogos, psiquiatras e metade dos neurologistas participantes informaram o atendimento de crianças entre 6-12 anos. Cinco dos 10 neurologistas relataram que também diagnosticam crianças entre 3 e 6 anos de idade. Noventa por cento dos profissionais das três categorias também revelaram que perceberam a prevalência dos sintomas comportamentais nos meninos.

Tabela 1 – Instrumentos e critérios de avaliação

Instrumentos e Critérios de Avaliação	Neurologistas	Psicólogos	Psiquiatras	Total
Anamnese	1	4	7	12
Questionários	2	3	2	7
Critérios do DSM-IV	4	1	2	7
Laudo da Escola	4	1	2	7
Avaliação Psicológica	1	4	1	6
Avaliação de Inteligência	1	4	1	6

A Tabela 1 apresenta os instrumentos e critérios mais citados pelos entrevistados. Os demais critérios e instrumentos – CID-10, Questionário de Conners, Avaliação Neuropsicológica e Critérios Clínicos inespecíficos – foram pouco citados e, por isso, não foram incluídos na Tabela.

Como mostra a Tabela 1, os critérios e instrumentos mais utilizados, pelos entrevistados, para o diagnóstico foram: anamnese (entrevista com pais e a criança), seguida de questionários (sem denominação específica), laudo da escola e os critérios do DSM-IV. A maioria dos psiquiatras baseia o diagnóstico do TDAH na anamnese, enquanto apenas 2 psiquiatras relataram utilização dos critérios do DSM-IV.

Os laudos provenientes das escolas, segundo informações dos entrevistados, não têm um formato padrão e contêm apenas informações sobre o rendimento escolar e comportamento dessas crianças em sala de aula. Esses laudos foram citados principalmente pelos neurologistas e usados em caso de dúvida. O único questionário específico citado (por 2 psicólogos e 1 psiquiatra) foi o de Conners. Os questionários citados pelos entrevistados eram não específicos e, em sua maioria, não padronizados.

Quando questionados sobre o número de profissionais envolvidos no diagnóstico, ou seja, se era realizado em equipe ou individualmente nos consultórios privados, 16 entrevistados afirmaram que fazem o diagnóstico sem a participação de outros profissionais. Apenas 2 psicólogos, 1 psiquiatra e 1 neurologista disseram realizar esse diagnóstico em equipe.

Os encaminhamentos para outros profissionais, como complemento do diagnóstico, foram citados principalmente pelos médicos (neurologistas e psiquiatras), com 7 encaminhamentos para avaliação psicológica e 4 para avaliação psicopedagógica. Entre os psicólogos, 2 responderam que encaminhavam para os neurologistas para certificação desse transtorno, e 4 relataram receber as crianças com o diagnóstico já estabelecido por outro profissional. Porém, nenhum desses profissionais que encaminham as crianças possuía uma equipe formada.

Perguntou-se também aos profissionais entrevistados qual o número de consultas necessárias e o tempo considerado suficiente para o diagnóstico. Obteve-se o seguinte: 5 neurologistas disseram que uma consulta de 20-40 minutos é suficiente e 5 necessitam de mais de uma consulta (em torno de duas ou três); 6 psicólogos necessitam de mais de 5 consultas e 3 menos de 5 consultas e 1 respondeu depende do caso; 3 psiquiatras

disseram necessitar em torno de 1 consulta, 1 psiquiatra de duas consultas, 4 em torno de 3 consultas e 2 mais de 5 consultas.

Tratamento

As questões relacionadas ao tratamento referiram-se ao tipo de tratamento indicado (medicamentoso, psicoterapia, apoio pedagógico), tempo de uso da medicação e idade ideal para início da medicação, como é sugerido o acompanhamento das crianças nas escolas e junto a seus pais, ao retorno dos pacientes, e diferenças nos tratamentos empregados.

Tabela 2 – Tratamento

Tratamento mais eficaz	Neurologistas	Psicólogos	Psiquiatras	Total
Intervenção Medicamentosa	5	-	5	10
Combinada (psicoterapia+medicação)	2	4	3	9
Combinada (psicoterapia+medicação+psicopedagogia)	2	3	2	7
Combinada (medicação+intervenção pedagógica)	2	1		3
Psicoterapia	-	1	-	1
Psicoterapia+intervenção pedagógica	-	1	-	1

Como mostra a Tabela 2, a Intervenção Medicamentosa, como intervenção única ou combinada com outros tipos de intervenção, foi a mais recomendada. Os resultados foram compatíveis com a atividade profissional dos entrevistados; ou seja, os médicos, tanto os neurologistas quanto os psiquiatras, recomendam, como forma primária de tratamento, a intervenção medicamentosa para todas as crianças diagnosticadas com TDAH.

Metade dos neurologistas e metade dos psiquiatras recomendou a medicação como única forma de intervenção. Os psicólogos apontaram a psicoterapia como uma das principais formas de tratamento para o TDAH; no entanto, apenas 2 não recomendaram medicação.

Os profissionais que apontaram mais de uma forma de tratamento citaram encaminhamentos para outros profissionais, quando percebem que determinadas queixas não são de sua competência, ou se sentem incapazes de tratá-las sozinhos. Esses encaminhamentos são, principalmente, para psicólogos com o objetivo de intervenção junto às crianças e suas famílias. Embora os profissionais relatem as queixas escolares trazidas pelos pais no momento do diagnóstico, foram pouco frequentes as indicações para apoio pedagógico e acompanhamento psicopedagógico.

Entre os médicos entrevistados, 12 iniciam a medicação em crianças abaixo de 6 anos, e 5 dos psicólogos informaram já terem atendido crianças com menos de 6 anos que já estavam medicadas. Observa-se que, os psicólogos e psiquiatras entrevistados,

na questão relacionada à idade dos pacientes assistidos por eles em seus consultórios privados, responderam que atendiam crianças maiores de 6 anos. Contudo, quando questionados sobre o tempo de uso e idade ideal para início da medicação disseram atender crianças com menos de 6 anos.

Sobre o tempo de uso da medicação, os entrevistados médicos foram os que mais se manifestaram sobre esse assunto, mesmo porque a prescrição de medicamentos não faz parte da clínica diária dos psicólogos. Sete profissionais recomendam mais de 2 anos de uso, 5 por tempo indeterminado, 5 até a adolescência, 2 para a vida toda, 2 depende, e 1 para menos de 1 ano. Os psicólogos entrevistados acreditam que a associação da psicoterapia ao tratamento medicamentoso pode abreviar o tempo de uso da medicação.

Ao serem questionados diretamente sobre o tipo de orientação passada aos pais e à escola, a orientação aos pais foi valorizada por todos os participantes, mesmo para aqueles que não incluíram tal orientação como parte do tratamento. Essa orientação segundo eles consiste na sugestão de leitura de livros e de uso de sítios especializados na internet e distribuição de folder, que, na opinião desses profissionais, podem ajudar os responsáveis a compreenderem os sintomas de seus filhos. E, ainda, orientam sobre cooperação, compreensão e apoio dos pais sobre o próprio TDAH e seu prognóstico. Os psicólogos relataram que orientam os pais quanto à necessidade de: reavaliação da dinâmica familiar, colocar limites para seus filhos, ouvirem mais a criança, terem mais paciência e compreensão das diferenças e entenderem as limitações da idade.

As orientações aos educadores foram também mencionadas pelos participantes como um meio de tratamento e, descritas como sugestões verbais dadas aos pais para transmitir ao professor, ou através de laudos escritos ou mesmo através de contato telefônico com a escola, que visam beneficiar essas crianças.

Em relação ao retorno desses pacientes e suas famílias, com a finalidade de manter o acompanhamento indicado, todos os neurologistas (10), 8 psicólogos e 9 psiquiatras afirmaram que há retorno. Os entrevistados médicos, neurologistas e psiquiatras, também afirmaram que os motivos principais do retorno dos pacientes e suas famílias são a melhora dos sintomas com a medicação e a necessidade do receituário apropriado para a aquisição do medicamento. Os psicólogos relataram certa ansiedade das famílias quanto aos resultados do acompanhamento psicológico, por não serem tão imediatos quanto os efeitos das medicações usadas no tratamento do TDAH; o que faz, muitas vezes, as famílias desistirem desse tipo de intervenção.

Apesar dos médicos participantes admitirem bons resultados no retorno e na adesão, no que se referem às dificuldades enfrentadas no tratamento as dificuldades relacionadas à família foram as mais citadas por todos os profissionais. Dentre as dificuldades associadas à família, foram relatadas: dificuldade de adesão e persistência ao tratamento, dificuldade do profissional em lidar com a dinâmica familiar, pressão por resultados imediatos e resistência ao uso da medicação.

Três neurologistas e 2 psiquiatras citaram as co-morbidades como uma das dificuldades do tratamento. As Co-morbidades incluem respostas relacionadas à presença de distúrbios comportamentais secundários ao TDAH, tais como: transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtorno bipolar e depressão.

Os psiquiatras citaram como dificuldade a falta de compreensão do diagnóstico por parte das famílias, da escola e de alguns profissionais de saúde mental. Neurologistas, psicólogos e psiquiatras mencionaram as dificuldades das escolas em lidar com o comportamento dessas crianças e a ausência de projetos pedagógicos especiais que atendam suas necessidades.

Não participar de equipe interdisciplinar foi citado como uma dificuldade apenas pelos neurologistas e, apenas um 1 psicólogo e 1 psiquiatra falaram das dificuldades em lidar com as características comportamentais da criança, tais como: impulsividade, inquietude, dificuldade em aceitar regras.

Discussão

Pode-se considerar que os profissionais entrevistados eram experientes no diagnóstico e tratamento desse transtorno, uma vez que 57% dos entrevistados afirmaram ter mais de dez anos de atuação com crianças com TDAH e 76,7% estavam formados há mais de dez anos. No entanto, a maioria desses profissionais não incorporou à sua prática o conhecimento – instrumentos, critérios e recomendações – produzidos, na última década, sobre o TDAH.

Os Guias Práticos desenvolvidos pela Academia Americana de Pediatria sobre diagnóstico e tratamento do escolar com TDAH (AAP, 2000; 2001), foram desenvolvidos por vários especialistas neste tema procedentes de diferentes áreas, sem vinculação com a AAP, entre eles, psiquiatras, neurologistas e psicólogos. Os critérios desses guias são extensos e norteiam profissionais de diferentes áreas.

Os entrevistados não fizeram qualquer referência aos Guias da AAP nem aos cuidados e procedimentos recomendados nesses Guias. Para o diagnóstico os entrevistados utilizaram a anamnese (entrevista com pais), seguida de questionários (sem denominação específica), laudos das escolas e os critérios do DSM-IV. Vale lembrar que dos sete profissionais que citaram os critérios do DSM-IV, apenas dois eram psiquiatras.

Por ser um diagnóstico clínico e haver discrepâncias entre a avaliação dos pais e dos professores, segundo Rohde e cols. (2000), o conhecimento do comportamento dessa criança nos dois ambientes principais de seu desenvolvimento, casa e escola, é de grande importância, sendo a impressão do professor fundamental nesse diagnóstico (AAP, 2000; Malacrida, 2004; Rohde & Halpern, 2004). Ainda assim, as informações que os entrevistados nesta pesquisa obtiveram sobre o comportamento e desempenho da criança na escola foi, principalmente, através de relatos dos pais.

A parceria com outros profissionais, talvez fosse um recurso que facilitaria o diagnóstico do TDAH. Entretanto, os encaminhamentos relatados pelos entrevistados para outro profissional com objetivo de complementação diagnóstica, só ocorrem em caso de dúvida. Além disso, 27% dos profissionais (5 neurologistas e 3 psiquiatras), fazem o diagnóstico em uma consulta, com o tempo estimado de 20-40 minutos. Considerando alguns fatores que envolvem o diagnóstico do TDAH, associado a um grande número de crianças atendidas e a falta de uma equipe especializada, provavelmente o tempo de uma consulta pode ser insuficiente para avaliar

critérios os sintomas apresentados por essas crianças em diferentes contextos ambientais e ainda compará-los com a fase de desenvolvimento que a criança se encontra, como se recomenda na literatura. (AAP, 2000; Rohde & cols., 2000).

Em relação às características das crianças, a maioria dos entrevistados identificou em maior frequência o TDAH em meninos, entre 6-12 anos, principalmente nas primeiras séries do ensino fundamental. Essas características das crianças diagnosticadas com TDAH encontradas na pesquisa quanto ao sexo, idade e série escolar, são compatíveis com os resultados de estudos sobre esse tema (AAP, 2000; Rohde & Halpern, 2004; Rohde & cols., 2000).

O fato dos meninos receberem mais diagnóstico de TDAH que as meninas, poderia ser explicada pela atribuição de hiperatividade ao comportamento típico dos meninos. A socialização dos meninos pode ser, pelo menos em parte, responsável por esse padrão de atividade motora (Maccoby, 2000; Souza & Rodrigues, 2002). Ao iniciar a vida escolar, estas características comportamentais ficam mais evidentes em razão da disciplina exigida, chamando atenção dos professores, que então sugerem aos pais a busca de uma opinião profissional (AAP, 2000; Malacrida, 2004; Sax & Kautz, 2003).

Segundo Biederman e cols. (2002), as meninas com TDAH têm menos problemas de disciplina na escola e são mais velhas, na ocasião do diagnóstico, que os meninos. O reconhecimento tardio desse diagnóstico nas meninas pode decorrer tanto da insegurança dos professores em suas opiniões como pela falta de critérios específicos sobre gênero no diagnóstico de TDAH (Quinn & Wigal, 2004). O reconhecimento do subtipo desatento, após a revisão do DSM-IV em 1994, tem contribuído, segundo Cramer e cols. (2002), para o aumento de prevalência do TDAH nas crianças escolares, especialmente nas meninas. O aumento recente da prevalência em meninas também foi relatado por alguns dos profissionais entrevistados.

Os Guias Práticos (AAP, 2000; 2001) recomendam a idade escolar, como ideal para confirmação do diagnóstico de TDAH, mesmo na presença de algumas características deste transtorno em pré-escolares (AAP, 2000; DSM-IV, 1994). Entre os profissionais entrevistados, os neurologistas realizaram com maior frequência o diagnóstico em pré-escolares.

A intervenção medicamentosa para o tratamento do TDAH foi recomendada por todos os médicos entrevistados. Os psicólogos percebem como eficazes a psicoterapia isolada ou associada ao medicamento e acreditam que através desta associação seja abreviado o tempo de uso da medicação. Concannon e Tang (2005), porém, referiram que a vantagem dessa associação seria a diminuição da dose do remédio usado, e não a diminuição do tempo de uso do medicamento. A melhora da auto-estima foi também um dos objetivos da psicoterapia citados por alguns dos psicólogos entrevistados; o que vai ao encontro do proposto por Ciasca (2003) sobre as repercussões da auto-estima na vida social, pessoal e acadêmica dessas crianças.

Com eficácia comprovada sobre os sintomas do TDAH, segundo o Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, MTA (1999), os efeitos imediatos dos estimulantes podem estar valorizando os benefícios do tratamento medicamentoso,

colocando-o como superior às outras modalidades de tratamento. Além disto, segundo Cramer e cols. (2002), os efeitos colaterais descritos destes medicamentos são geralmente leves, ocorrendo no início do tratamento e desaparecendo com diminuição da dose prescrita. Ressalve-se, que a grande maioria dos estudos é de curto prazo, revelando uma eficácia de dias ou semanas. Os efeitos em longo prazo, ainda não são claros (AAP, 2001, Bjornstad & Montgomery, 2006).

Malacrida (2004) afirma que o TDAH está conectado com uma forte estratégia de marketing por parte das indústrias farmacêuticas. Estas pretendem muitas vezes, em suas propagandas sobre medicamentos usados na saúde mental, dar a idéia de que o uso destes restaura o equilíbrio, dando ao individuo condições de uma vida produtiva, integrando-o plenamente à sociedade (Rodrigues, 2003). Ademais, segundo Vasconcelos e cols. (2005), com milhares de artigos publicados sobre o uso de estimulantes no tratamento de TDAH, a venda desses medicamentos, especialmente da Ritalina, tem aumentado em muitos países.

Esses fatores podem estar contribuindo para que os participantes médicos desta pesquisa apontem o uso da medicação, usada isoladamente ou de forma combinada, como opção mais eficaz de tratamento das crianças com diagnóstico de TDAH. A prescrição de tais medicamentos para crianças abaixo de 6 anos admitida por alguns dos médicos contraria a recomendação de Bjornstad e Montgomery (2006), baseada nas informações do Instituto Nacional de Excelência Clínica, de limitar o uso do metilfenidato a crianças acima de 6 anos.

Mesmo que a medicação demonstre certo impacto em alguns sintomas do TDAH não tem bons resultados na presença de deficiências acadêmicas e sociais, que são as maiores preocupações dos pais (Cramer & cols., 2002). As insatisfações dos pais australianos na pesquisa de Concannon e Tang (2005), em relação ao tratamento dos filhos com TDAH, estão relacionadas à percepção de que os médicos têm como único interesse a prescrição de medicamentos e os profissionais da educação são pouco envolvidos e parecem não compreender os problemas dessas crianças.

Deve-se considerar que, a maior procura por ajuda profissional para as crianças com problemas comportamentais ocorre no início do ensino fundamental, sendo os professores os primeiros a sugerirem o diagnóstico de TDAH (Sax & Kautz, 2003, Malacrida, 2004). E, por essa razão, eles devem estar envolvidos desde o momento do diagnóstico até o tratamento. Benczik (2002) descreve a importância da intervenção no ambiente escolar e o máximo possível de atendimento individualizado. Crianças que receberam esse tipo de atendimento e apoio nas deficiências acadêmicas, segundo Concannon e Tang (2005), têm menos chance de desenvolver co-morbidades e mais de 80% dos pais aprovam esse tipo de intervenção.

Finalizando, já final da década de noventa o MTA recomendava aos médicos consultas regulares, durante o tratamento da criança com diagnóstico de TDAH, visando: a prescrição do medicamento, quando for necessário; maior entrosamento do profissional com a família; ajudar o paciente a aderir às orientações; monitorar os progressos ocorridos e oferecer o suporte necessário (MTA, 1999).

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa revelaram que os profissionais entrevistados realizam o diagnóstico de TDAH nas crianças escolares baseados, principalmente, nos dados colhidos na entrevista com os pais, sem um critério definido que os ajude avaliar corretamente o contexto escolar, que é o local descrito como responsável pelas principais queixas relacionadas ao comportamento da criança..

Em regiões onde não há centros especializados, como a desta pesquisa, o julgamento clínico do profissional torna-se imprescindível. É fundamental para esse diagnóstico o conhecimento das fases do desenvolvimento da criança e das características dos ambientes que ela frequenta, provavelmente exigindo do profissional maior tempo ou maior número de consultas.

As diferenças entre os médicos participantes se restringiram à idade da criança atendida e ao número de consultas necessárias para a realização desse diagnóstico. Além de exibirem conceitos similares de TDAH, esses profissionais não relataram o uso sistemático dos critérios diagnósticos sugeridos pela literatura especializada.

A literatura especializada aponta dificuldades no processo de diagnóstico do TDAH e discute prevalência de estudos que valorizam o uso de estimulantes em detrimento da psicoterapia. Mesmo na ausência de evidências que relacionem o uso de medicamentos à redução dos riscos de desenvolvimento de co-morbidades e à melhora no desempenho acadêmico, os profissionais médicos participantes elegeram o tratamento farmacológico como forma mais eficaz no tratamento deste transtorno por um longo período de tempo.

Medicamentos são instrumentos de tratamento valiosos para várias patologias mentais, mas devem ser questionadas as noções de normal e patológico estabelecidas, especialmente na criança, que não deve ser responsabilizada pelas deficiências existentes no atual sistema de saúde e educação. Ao contrário, aquelas criteriosamente identificadas com qualquer necessidade especial, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, deveriam participar de projetos que visassem potencializar suas habilidades e trabalhar com suas dificuldades.

Referências

- AAP American Academy of Pediatrics (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with ADHD. *Pediatrics*, 5, 1158-1170.
- AAP American Academy of Pediatrics (2001). Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With ADHD. *Pediatrics*, 4, 1033-1044.
- Benczik, E. B. P. (2002). *Transtornos do Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., & Johnson, M. (2002). Influence of Gender on ADHD in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Bjornstad, G., & Montgomery, P. (2006). Family therapy for ADHD in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software

- Ciasca, S. M. (2003). *Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Concannon, P & Tang, Y. (2005). Management of ADHD: A parental perspective. *Pediatrics & Child Health.*, 41, 625-630.
- Cramer, K., Miller, A., Page, J., Hartling, L., Crumley, E., & Klassen, T. (2002). Is the methylphenidate effective in reducing symptoms of ADHD in school-aged children? *Pediatrics & Child Health.*, 7, 673-674.
- DSM-IV American Academy of Psychiatry (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Maccoby, E. E. (2000). Perspectives on gender development. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 398-406.
- Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health*, 8, 61-80.
- MTA: The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Quinn, P., & Wigal, S. (2004). Perception's of girls and ADHD: results from a national survey. *Medscape General Medicine*, 6, 2-2.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 13-22.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 7-1.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade atualização. *Jornal de Pediatria*, 80, 61-70.
- Sax, L. & Kautz, K. J. (2003) Who First Suggests the Diagnosis of ADD/ADHD. *Annals of Family Medicine*, 1, 171-174.
- Schachar, R., Jadao, A.R., Gault, M, Boyle, M., Booker, L., Snider, A., Kim, M., & Cunningham, C. (2002). ADHD: critical appraisal of extended treatment studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 337-349.
- Souza, F., & Rodrigues, M.M.P. (2002). A Segregação Sexual na Interação de Crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 489-496.
- Turato, E.R. (2003). Decidindo quais indivíduos estudar. Em: E.R. Turato (Org.), *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (pp.351-368). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcelos, M, M., Malheiros, A. F. A., Werner, J. J., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S.O., & Lima, D. F. (2005). Contribuição dos Fatores de Risco Psicossociais para o TDAH. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63, 68-44.

Recebido em junho de 2007

Aceito em março de 2008

Ana Lucia Balbino Peixoto: médica pediatra; mestre em Psicologia (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES).

Maria Margarida Pereira Rodrigues: psicóloga, doutora em Psicologia Experimental (USP), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES).

Endereço para contato: aluciabp@terra.com.br