

AS VÁRIAS FORMAS DE AVALIAÇÃO DO TDAH NA CIDADE DE JOINVILLE

(2010)

Gislene Carla Erbs

ACE – Faculdade Guilherme Guimbala. Psicóloga. Arte Educadora, com pós-graduação na área de Marketing e Inclusão Educacional. Presidente de Comunicação e Imprensa do Sindicato dos Psicólogos – SINPSI (Brasil)

Email:

gis7@ig.com.br

RESUMO

O presente estudo foi realizado em 2007 e discute o transtorno de déficit de atenção - TDAH, que na atualidade é uma das grandes causas de dificuldade de aprendizagem e encaminhamento para avaliação de crianças a partir de sua entrada na fase escolar. Objetiva informar, elucidar, e investigar aspectos relacionados com TDA/H e avaliação na cidade de Joinville. Para tanto, utilizou-se de revisão bibliográfica e pesquisa de campo com análise qualitativa dos dados, como instrumento de pesquisa foi utilizada entrevista semi-dirigida gravada em fita cassete. Envolvendo então, trinta e cinco profissionais sendo estes: quatro psicopedagogos, um terapeuta ocupacional, treze psiquiatras, um neurologista, quatorze psicólogos, um neuropsicólogo e um fonoaudiólogo, da cidade de Joinville/SC que atuam direta ou indiretamente com o transtorno. Muitos profissionais foram indicados por outros profissionais que também atuam na área específica. Os resultados estão organizados em tabelas para que se possa verificar com mais clareza os dados. Após as análises, verifica-se que ainda há uma dificuldade em se trabalhar em equipe multidisciplinar, e também de reconhecimento de alguns profissionais das demais especializações. Prejudicando o resultado final da avaliação.

Palavras-chave: Transtorno, atenção, hiperatividade, avaliação

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção, na atualidade é uma das grandes causas de dificuldade de aprendizagem em crianças a partir de sua entrada na fase escolar. Momento em que pais por

livre e espontânea vontade ou por indicação de professores, procuram auxílio de profissionais capacitados para fazer o diagnóstico e possível tratamento quando necessário.

Percebe-se uma grande preocupação dos pesquisadores com as estatísticas e percentuais em relação ao número de crianças que são acometidas de tal transtorno, e com os critérios existentes de avaliação para a proximidade de um melhor diagnóstico. Porém, a preocupação deve ir para além dos números e estatísticas, visualizando as reais dificuldades da avaliação do TDA/H, no propósito de auxiliar a família.

Assim é importante conhecer mais a respeito do TDA/H e do como é realizada a avaliação diagnóstica do transtorno pelos profissionais da cidade de Joinville, podendo desta forma ampliar as discussões com os profissionais da saúde, pais e professores, para que esse processo possa se tornar cada vez mais rápido e eficaz. O questionamento que se coloca é: Qual o percurso que a criança segue para chegar a um diagnóstico de TDA/H e como esse é realizado pelos profissionais na cidade de Joinville?

A pesquisa aconteceu de forma gradativa. Primeiramente foi entrado em contato com os psiquiatras, logo em seguida com os psicólogos, que por sua vez foram indicando outros profissionais de outras especialidades que atuavam diretamente na avaliação do TDAH, como os psicopedagogos, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Desta forma a pesquisa se estendeu e demorou mais seis meses.

2. TDA/H

É um transtorno do desenvolvimento muito comum na infância (Vasconcelos; Malheiros; Wermer, 2005), de causas ainda desconhecidas. Ele não é um transtorno de aprendizagem, segundo Rohde; Dorneles e Costa (2006); Kaplan, H. I; Sadock (1998) “[...] mas os sintomas nucleares desse transtorno - a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade - têm um grande impacto no desenvolvimento acadêmico”. Sendo assim a aprendizagem é afetada de forma direta.

O transtorno se caracteriza, por alterações dos sistemas motor (Rohde, Dorneles, Costa, 2006; Rothenberger, Banaschewski, 2005; Antony; Ribeiro, 2005), perceptivo, cognitivo e do comportamento. Causando prejuízo funcional na vida da criança ou adulto (Capovilla; Assef; Cozza, 2007), resultando em relações interpessoais instáveis e tumultuadas (Rohde, 2004). O DSM-IV (Grevet; Abreu; Shansi, 2003) diferencia o transtorno em subtipos: o déficit de atenção, o hiperativo, o impulsivo, e podem ainda aparecerem os combinados, com predominância em um ou em outro tipo. O transtorno deve estar presente por pelo menos seis meses, se iniciar antes dos sete anos, em um grau mal-adaptativo para a idade. É necessário também que os sintomas estejam presentes em duas ou mais situações. Devem possuir seis ou mais sintomas de hiperatividade ou déficit de atenção, em um período superior a seis meses, e ter um

comprometimento social, ocupacional ou acadêmico. E não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, como: esquizofrenia, transtorno mental, de ansiedade ou outro transtorno psicótico.

As causas etiológicas, do TDA/H, ainda não foram capazes de colocar um único item como fator causa, o que faz gerar mais dúvidas a respeito da sua origem. Entretanto, há um grande consenso, em bases neurobiológicas, fatores genéticos e relacionais. (Ciência e Vida. Psique, 2010).

A avaliação do TDA/H não é fácil (DSM IV, 1995), ficando ainda mais difícil o diagnóstico só do TDA, visto que em quanto mais critérios do DSM-IV forem correspondentes à criança, adolescente ou adulto, menos dúvidas aparecerão no final do diagnóstico.

Phelan (in Condemarín; Gorostegui; Milicic, 2006) sugere de três a quatro horas de avaliação, abrangendo uma entrevista com os pais (a menos que a criança tenha mais de treze anos), abrangendo o histórico do desenvolvimento da criança e a história familiar, o enquadramento nos critérios do DSM-IV, e investigação de co-morbidades. Utiliza o roteiro Barkley, por cobrir primeiro sintomas de TDO (transtorno desafiador opositor) e TC (transtorno compulsivo); a programação de entrevista de diagnóstico para crianças (PEDC); faz uma entrevista com a criança, com o objetivo de excluir distúrbios mais sérios, e para obter informações sobre a escola, sua casa e vida social. Se possuírem idade suficiente, utiliza-se de entrevistas semi-estruturadas, e formulários de auto-avaliação.

Kaefer (in Raman; Rohde; Hutz, 2002) por sua vez, traz como importante os seguintes passos para o diagnóstico: anamnese; aplicação de testes psicométricos e neuropsicológicos, testes grafomotores, e de personalidade; levantamento dos dados dos testes, procurando integrá-los à história do paciente; em caso de encaminhamentos discussão dos resultados com os outros profissionais; devolução dos resultados para pais e paciente com orientações e indicações terapêuticas.

As co-morbidades são comuns no TDA/H (in Poeta; Neto, 2004), assim faz-se necessário o diagnóstico diferencial (Condemarin; Gorostegui; Milicic, 2006). Deve-se considerar que muitos sintomas podem ser secundários a outros diagnósticos. Dessa forma, o diagnóstico de TDA/H isolado não é suficiente para o planejamento do tratamento. E como co-morbidades frequentes cita: o transtorno de aprendizagem, o transtorno de linguagem, a epilepsia, o transtorno desafiante opositor, o transtorno de conduta, o transtorno de ansiedade, o transtorno do humor (bipolar e depressão), enurese e abuso de substâncias. Pesquisas atuais têm mencionado o TC e o TDO altamente co-mórbidos com o TDA/H.

A superposição de sintomas, dificulta o diagnóstico, assim à diferença entre diagnóstico e diferencial e co-morbidade, nem sempre é muito precisa. Visto que quando há explicação por outra condição ao invés de TDA/H, a mesma é que recebe o diagnóstico. Enquanto a co-morbidade refere-se a uma doença associada a uma outra, o diagnóstico diferencial é mais

abrangente, porque se deve levar em conta também outras doenças, transtornos, síndromes, etc. Que embora tenham sintomas bastante parecidos, não estão associados ao TDA/H.

Atualmente a forma mais eficaz para a avaliação é a partilha do conhecimento com equipe multidisciplinar (Vasconcelos; Malheiros; Wermer, 2005). Colaborando na orientação das atitudes e comportamentos dos pais, gerando uma maior segurança e tranquilidade.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a caracterização, das condições do trabalho foi a pesquisa de campo com entrevista semi-dirigida gravada em fita cassete. Foi realizado com profissionais que atuam direta ou indiretamente com crianças que chegam á eles com problemas de aprendizagem ou suspeita de TDA/H, na maioria das vezes por solicitação da escola, devido as dificuldades na aprendizagem ou problemas de comportamento. Foram entrevistados: 13 psiquiatras, 14 psicólogas, uma neuropsicóloga, quatro psicopedagogas, uma terapeuta ocupacional, uma fonoaudióloga e uma neurologista. O baixo número de neurologistas se deu pela não aceitação dos profissionais em participar da pesquisa, cabendo aqui mencionar que foram contatados 20 profissionais desta área, enquanto que a dos terapeutas ocupacionais e neuropsicólogos foi pela falta de profissionais que atuem diretamente com o transtorno. Primeiramente os profissionais escolhidos foram os psiquiatras e psicólogos, porém no decorrer da pesquisa foram sendo indicados pelos psicólogos outros profissionais, e assim a pesquisa foi se ampliando gradativamente. A técnica utilizada foi a da gravação e transcrição de perguntas abertas como: Qual o percurso que a criança segue para chegar a um diagnóstico de TDA/H? E como esse é realizado? Quem mais se incomoda com o problema? Por fim a análise comparativa e qualitativa dos dados.

4. ANÁLISE QUALITATIVA

Após a transcrição das mesmas realizou-se a análise qualitativa das respostas, organizando os resultados por questões e entrevistados.

Na maior parte dos estudos qualitativos, o processo de coleta se assemelha a um funil. A fase inicial é mais aberta, para que o pesquisador possa adquirir uma visão bem ampla da situação, dos sujeitos, do contexto e das principais questões do estudo. Na fase imediatamente subsequente, no entanto, passa a haver um esforço de “focalização progressiva” (Stake, 1981) do estudo, isto é, uma tentativa de delimitação da problemática focalizada, tornando a coleta de dados mais concentrada e mais produtiva (Pereira; Araújo; Mattos, 2005, p. 46).

O primeiro passo foi então, a reunião de um conjunto de categorias descritivas, e consequentemente dividida em tabelas.

Deve-se verificar que o número de respostas nem sempre vai ser igual ao número de entrevistados. Visto que, um único profissional pode mencionar vários itens, de acordo com a necessidade de cada categoria. Podem ainda ocorrer contradições nas respostas apresentadas, isto ocorre, porque também há contradições nas respostas, as quais serão discutidas.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1: Por qual via as crianças chegaram no consultório?

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Escola	5
		Pais, psicólogo e colegas de trabalho	1
Psicólogos	14	Escola	4
		Neurologista	5
		Psiquiatra	2
Neuropsicólogo	1	Escola, Neurologista e Psiquiatra	1
Psicopedagogo	4	Escola	3
		Psicólogo, T.O e Fonoaudiólogo	1
T.O	1	Escola e neurologista	1
Fonoaudiólogo	1	Colegas de trabalho (da mesma clínica)	1
Neurologista	1	Escola, Psicólogo, T.O, Fonoaudiólogo e Psicopedagogo	1

A pesquisa demonstrou que a grande concentração das queixas e pedidos de avaliação provém da escola. Isso acontece porque nesse ambiente existe uma demanda de comportamento que contém normas e regras mais rígidas, as quais crianças com hiperatividade nem sempre conseguem cumprir, dificultando o manejo da professora na sala de aula. E aos que tem somente déficit de atenção, acabam de alguma forma apresentando problemas de aprendizagem refletindo no bom desempenho escolar.

O levantamento demonstra também, que os pais de certa forma não percebem as dificuldades do filho, ou não se incomodam tanto com os comportamentos atípicos, seja de falta de atenção ou de hiperatividade, ou pior, que estes tem pouco conhecimento de que são comportamentos fora dos padrões e que podem complicar o desenvolvimento da criança ou adolescente. Lidando muitas vezes de forma errônea com a criança.

Em algumas situações segundo os profissionais entrevistados, os pais se culpam pelo comportamento da criança com TDA/H muito antes que qualquer pessoa o faça. Isso é

especialmente verdade no caso das mães, que recebem primeiro o impacto do problema. Assim há uma exigência maior sobre esses pais (Condemarín; Gorostegui; Milicic, 2006).

Observou-se também, que alguns encaminhamentos são realizados por outros profissionais que por sua vez receberam a criança por encaminhamento da escola, sendo assim, a escola é a maior fonte de percepção do problema enfrentado pela criança.

Tabela 2: Como é feito o diagnóstico?

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Essencialmente clínico	9
		CID-10	5
		DSM-IV	8
		Chek list para professores	2
		WAIS	1
		Usa escala entregue em simpósio (não sabe qual é)	1
Psicólogos	14	Anamnese.	14
		Testes em geral: (não quiseram especificar)	4
		Testes específicos: HTTP	2
		TAT e Sonhos	1
		Contato com escola/professor	6
Neuropsicólogo	1	Entrevistas: Pais, professores.	1
		Testes: WISC III, TAVIS III e Roteiro de Barkley	1
Psicopedagogo	4	Escalas Edileine e DSM-IV	2
		Entrevistas: pais, e observação	4
		Entrevista: professores/ escola	3
		Reunião com a terapeuta	1
T.O	1	Entrevistas e Testes	1
Fonoaudiólogo	1	Das análises dos outros profissionais, Teste: processamento auditivo, e habilidades fonoaudiológicas	1
Neurologista	1	Entrevista e DSM-IV	1

Neste quadro, fica claro que para os psiquiatras o diagnóstico é essencialmente clínico. Destes profissionais, oito se amparam no DSM-IV e dentre eles cinco se amparam também no CID-10 (Kaefer, 2006). Dos profissionais dois encaminham questionários para a escola ou professor preencher, como forma de ampliar as informações.

Os psicólogos por sua vez, utilizam da anamnese, entrevistas e observações. Entre estes, dois mencionaram a utilização do teste HTP (Teste psicológico projetivo), e um mencionou o TAT (Teste de Apercepção Temática) especificamente, totalizando seis profissionais que utilizam testes. Seis profissionais mencionaram a necessidade de contato com professores/escola.

Destaca-se também que o WISC-III (Teste de inteligência de Wechesler), que é o mais citado na literatura (Rohde; et al, 2004; Poeta; Neto, 2004), e não foi mencionado diretamente pelos psicólogos, destacando aqui uma questão importante. Assim, percebe-se a pouca importância despendida aos testes ou a inadequação na utilização dos instrumentos para o levantamento de uma dificuldade (Rohde; Halpern, 2004).

Já a neuropsicóloga menciona o Wisc III, o TAVIS-III (Teste de Atenção Visual) e o roteiro de Barkley (Roteiro de avaliação para TDA/H desenvolvido pelo psiquiatra), justificando a aplicação dos mesmos como complementos de diagnóstico para outros profissionais como psiquiatras, neurologistas e neuropediatras.

A Terapeuta ocupacional aplica testes dentro de sua área específica de atuação, verificando questões de equilíbrio, questões motoras e de funções executivas. Da mesma forma, faz a fonoaudióloga, para descartar dificuldades auditivas e de processamento auditivo. Ambas, fazendo uma avaliação complementar, e posteriormente devolvendo para o profissional que encaminhou para a avaliação multidisciplinar.

Os critérios do DSM-IV são os mais utilizados por todos os profissionais direta ou indiretamente, mesmo assim, este quadro mostra que não há uma uniformidade na avaliação e diagnóstico por parte dos profissionais. Vasconcellos (2003), corrobora dizendo que não há um “padrão-ouro” que permita esclarecer o diagnóstico.

Tabela 3: Encaminham para outros profissionais para avaliação?

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Somente em casos de dúvidas ou em algo limítrofe:	6
		Psicólogos e neurologista	1
Psicólogos	14	Neurologista	3
		Psiquiatra e Neuropsicólogo	1
Neuropsicólogo	1	Normalmente já vem com diagnóstico de outros profissionais	1
Psicopedagogo	4	Neurologista	3
		Neuropsicóloga	2
		Neuropediatra, Psiquiatras, Dentista e Otorrinolaringologista	1
T.O	1	Normalmente já chega com a avaliação, faz complemento de avaliação, e encaminha para a psicopedagoga, neuropsicóloga	1
Fonoaudiólogo	1	Recebe o diagnóstico da equipe multidisciplinar	1
Neurologista	1	Não	1

Dois psiquiatras descreveram encaminhamentos para psicólogos nas seguintes condições: se perceberem problemas familiares, ou problemas emocionais. Fazem encaminhamento para o neurologista somente na insistência dos pais ou, encaminham para outros profissionais quando os pacientes já vem destes, então eles apenas os re-encaminham.

Os psicólogos também fazem pouco uso da equipe multidisciplinar para a avaliação, e apenas cinco profissionais mencionaram encaminhamentos. Os psicopedagogos são os que mais encaminham, porém, numa posição de necessidade legal, (*sic*): “*O que, que acontece, o neurologista ele geralmente é que vai dar o exame clínico, porque também se parte de que o exame é clínico*”. (16/02/2007). Já a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga recebem os pacientes dos profissionais clínicas em que atuam, e reencaminham.

O neurologista foi enfático em dizer, que o exame é essencialmente clínico, demonstrando que não é um procedimento padrão, visto que na tabela 1 os profissionais mencionaram receber pacientes encaminhados por neurologistas.

Citando Tonelotto (in Rotta; Ohlweiler; Riesgo, 2006), afirmam que é impossível dar conta da metodologia necessária para a avaliação do TDA/H de outros problemas do desenvolvimento e do comportamento com um único profissional e de uma só área. Num contexto em geral, poucos profissionais encaminham para uma avaliação multidisciplinar, descartando desta forma, um diagnóstico diferencial ou co-morbididades de transtornos mais graves.

Tabela 4: Diagnósticos diferenciais citados

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Transtorno bipolar e depressão.	4
		Ansiedade	5
		Hipertiroidismo, Epilepsia, Stress, Stress de adaptação e transtorno de humor.	1
Psicólogos	14	Dislexia	1
		Falta de limites/desorganização familiar	2
		Problemas auditivos ou visuais	2
Neuropsicólogo	1	Transtorno bipolar e Rebaixamento intelectual	1
Psicopedagogo	4	Desorganização familiar	2
		Dislexia, Dislalias, Desortografias, Asma /Renite, Alteração processamento auditivo,	1
		Transtorno Bipolar e depressão	
T.O	1	Dificuldades nas funções executivas	1
Fonoaudiólogo	1	Alteração no processamento auditivo e Problemas auditivos	1
Neurologista	1	Distúrbio na dinâmica familiar (falta de limites)	1

Dos treze psiquiatras envolvidos na pesquisa, cinco mencionaram como diagnóstico diferencial a ansiedade, e destes quatro mencionaram transtorno bipolar.

Os psicólogos mencionaram apenas três itens de diferenciais, e embora seja uma especialidade da medicina, deve estar atento a todo e qualquer comprometimento que possa desestruturar ainda mais o sujeito.

Outro aspecto que foi mencionado, a desorganização familiar, citada cinco vezes por três especialidades diferentes.

Da mesma maneira, um ambiente familiar caótico, disfuncional, sem regras e normas, pode ser a causa de a criança ter problemas de adaptação escolar. Neste caso, a criança estaria apresentando um comportamento condizente com o ambiente familiar ou social, e que não corresponderia necessariamente a um TDA/H. (Condemarán; Gorostegui; Milicic, 2006, p. 121).

Deve-se levar em conta que algumas abordagens da psicologia, e técnicas da psicopedagogia não se detêm ao diagnóstico, mas sim com as dificuldades específicas da criança. Porém, sem o diagnóstico completo, como saber qual a real dificuldade da criança, e como orientar os pais e os profissionais que atuam com mesma. Sendo que estes, desconhecem as dificuldades que vão para além das relações sociais, e que são de suma importância, como: rebaixamento intelectual, problemas auditivos, epilepsia ou qualquer outro comprometimento que para serem averiguados necessitam de testes e exames específicos.

A terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga mencionaram questões específicas de suas áreas, o que representa uma participação parcial no processo de avaliação, porém não menos importante, mas fazem o seu papel dentro do processo multidisciplinar.

O neurologista não destacou muitos aspectos em relação ao diagnóstico diferencial, ateu-se a culpar a família, demonstrando pouca preocupação em realizar o diagnóstico diferencial para auxiliar. Esta opinião não deve ser generalizada visto que, apenas um neurologista participou da entrevista, porém, não se tem parâmetros da opinião dos demais já que, estes não demonstraram interesse em participar.

Tabela 5: Co-morbididades mais frequentes

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Transtorno desafiador opositor, TOC e Depressão	1
Psicólogos	14	Problemas de aprendizagem, Psicose Depressão Stress Ansiedade	1 2 1 3
Neuropsicólogo	1		-
Psicopedagogo	4		-
T.O	1		-
Fonoaudiólogo	1	Alteração no processamento auditivo e Habilidades fonológicas	1
Neurologista	1	Transtorno de ansiedade, Depressão e Transtorno desafiador opositor	1

Os psicólogos mostraram uma maior preocupação, no que diz respeito às co-morbididades em relação aos outros profissionais, porém não foi representativo em relação ao número de co-morbididades e de psicólogos que participaram das entrevistas. O que demonstra a necessidade de mais investigação no diagnóstico e maior interesse na atualização do assunto. Sendo que, a presença de co-morbididades é comum e deve ser checada (Rotta; Ohlweiler; Riesgo, 2006).

A neuropsicóloga, a terapeuta ocupacional e as psicopedagogas nem mencionaram o assunto. Destacaram mais o diagnóstico diferencial do que as co-morbididades.

A fonoaudióloga mencionou a alteração auditiva e a habilidade fonológica tanto como co-morbididade quanto um diagnóstico diferencial. O que vem de encontro com a colocação de

Condemarín, Gorostegui e Milicic (2006), mencionando déficits auditivos e visuais como diagnóstico diferencial ou co-morbidades.

O neurologista mencionou três co-morbidades: transtorno de ansiedade, depressão, e transtorno desafiador opositor, justificando assim a preocupação com o excesso de diagnóstico de TDA/H, ou a falta dele. Já que o neurologista não mencionou diagnósticos complementares com outros profissionais, ou multidisciplinares, averiguando outras possíveis co-morbidades.

Tabela 6: Procedimentos após o diagnóstico com resultados positivos

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Medicação	11
		Técnicas de respiração	1
		Encaminhamento para psicoterapia	4
		Encaminhamento para outros tratamentos	5
Psicólogos	14	Psicoterapia	14
		Encaminhamentos quando necessário	2
		Orientação Escola e Orientação pais	1
Neuropsicólogo	1	Encaminhamentos, Reencaminhamentos, Orientação para pais e Orientação para professores	1
Psicopedagogo	4	Técnicas de relaxamento (Calatonia)	1
		Lúdico	4
		Técnica Raimon e Arte terapia	1
		Encaminham para tratamento multidisciplinar	2
T.O	1	Atua no Brincar, Faz treino cognitivo da atenção Atua nas funções executivas	1
Fonoaudiólogo	1	Reencaminha e encaminha	1
Neurologista	1	Medicação	1

Todos os psiquiatras medicam se for TDA/H, e apenas quatro encaminham para terapia, dois com psicólogo se *“percebem alguma questão emocional”* (09/11/2006). Os outros dois, mencionaram eles mesmos serem os terapeutas, um comentou que atende só adolescentes e adultos (*sic*) *“não tenho condições até pela questão de ambiente né”* (16/01/2007). E seis encaminham para outros tratamentos, mas não especificaram.

Os psicólogos por sua vez, também não reconhecem a devida necessidade da medicação quando o diagnóstico for positivo ao TDA/H. E não demonstraram um planejamento mais abrangente, com equipes multidisciplinares. O mesmo ocorreu com a Terapeuta ocupacional e com a fonoaudióloga. Já a neuropsicóloga, encaminha e reencaminha, em especial para os próprios colegas de clínica. Mencionou orientar pais e escola.

O neurologista em relação ao encaminhamento para outros profissionais, deixou bem claro que a única forma de tratamento é a medicação, e que a terapia em nada influencia ou melhora o tratamento. Ainda assim, citou três áreas de possíveis encaminhamentos, o psicólogo, o fonoaudiólogo, e a psicopedagoga (*sic*) *“quando necessário”* (04/04/07). Entretanto (Rotta; Ohlweiler; Riesgo, 2006), o ideal para o tratamento possui quatro itens: modificação do comportamento, ajustamento acadêmico, atendimento psicoterápico, e terapia farmacológica.

Nesta tabela, fica evidente a onipotência pela maioria dos profissionais, visto que poucos utilizam da multidisciplinariedade para facilitar e agilizar o tratamento.

Tabela 7: Existe diferenciação no tratamento entre déficit de atenção e hiperatividade?

Profissionais	n.	Respostas	
Psiquiatras	13	Não, a medicação é a mesma (responderam claramente)	3
		Não fizeram distinção durante a entrevista	12
Psicólogos	14	Não foi mencionado	
Neuropsicólogo	1	Procura verificar qual é o déficit e em que área	1
Psicopedagogo	4	Não trabalha com déficit de atenção, só com hiperatividade (encaminha para TO)	1
T.O	1		-
Fonoaudiólogo	1		-
Neurologista	1	Não	1

Os psiquiatras não fazem nenhuma distinção de tratamento entre o transtorno de déficit de atenção, com ou sem hiperatividade, e com ou sem implusividade. A medicação e procedimentos são os mesmos. O neurologista se manifestou da mesma maneira. Já a neuropsicóloga, verifica em qual área existe o déficit, demonstrando uma maior coerência em relação á verificação das maiores necessidades e dificuldades da criança. E os demais profissionais não se manifestaram. Os profissionais não se posicionaram claramente quanto aos pacientes que mais procuram ajuda, se é com déficit de atenção ou hiperatividade, porém os discursos ficaram sempre em torno da hiperatividade, com a desatenção inclusa. Deixando sempre em evidência a hiperatividade e não o contrário. O déficit de atenção não apareceu isoladamente, o que nos reporta a compreender que de alguma forma não se tem prestado a devida atenção para aqueles que não tem hiperatividade concomitantemente. Ou por ser mais tolerado socialmente (Possa; Spanemberg; Guardiola, 2007) tornando o diagnóstico de déficit de atenção dificultado.

6. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

O TDAH é transtorno acometido por questões diferenciadas, ambientais (Possa; Spanemberg; Guardiola, 2005), sócio-históricas, biológico-fisiológicas, por uma delas ou concomitantemente, e por muitos fatores ainda desconhecidos (Rotta; Ohlweiler; Riesgo, 2006). E também relacionais.

Verificou-se nas pesquisas bibliográficas que de um modo geral, que quando o diagnóstico é tardio, o prejuízo emocional e a constituição do sujeito e de sua personalidade são altamente comprometidos. Existe dessa forma, uma necessidade de diagnosticar de modo rápido e preciso evitando maiores danos psicológicos, desde criança e por todo o percurso de seu desenvolvimento até à fase adulta. Até porque os medicamentos utilizados podem ser

facilitadores no tratamento, mas também podem ser complicadores nas situações de diagnóstico errôneo, expondo o paciente a complicações psiquiátricas até então não percebidas.

Desta forma, partindo do levantamento dos dados de estudo, observou-se que não há um consenso no processo de avaliação do TDA/H. Os profissionais realizam as suas avaliações com muita pouca integração com as demais especialidades, e assim, os direcionamentos são variados. Estas várias orientações e solicitações aos pais, geram dúvida do como proceder e para onde retornar, visto que não há uma concordância em como proceder por parte dos profissionais.

Entre os encaminhamentos indicados o que mais se apresenta é a medicação (Ludke; André, 1986; *CID-10*, 1999), que é indicada muitas vezes a partir de dados simplificados sobre o transtorno, havendo pouca avaliação e intervenção multidisciplinar por parte dos profissionais.

O que falta não são pesquisas de prevalência do transtorno, até mesmo porque, os índices variam muito de região para região, de idade para idade e assim por diante, mas o que realmente falta é um procedimento mais padronizado de investigação no diagnóstico do TDA/H.

O mais importante é compreender que os estudos nessa área estão muito longe de acabar. Muitas e muitas dúvidas ainda pairam sobre a questão. E dentre elas pode-se citar a plasticidade neuronal pode ser uma das respostas para aqueles que na fase adulta não apresentam mais TDA/H? Será que o excesso de estímulos TV, Vídeo game, não acelera ou aumenta o excesso de estímulos, ampliando o problema do hiperativo? Hoje se fala em diagnósticos ou sintomas antes de três anos de idade, para uma criança que está em um processo acelerado do desenvolvimento não é ainda um pouco precipitado?

Sabe-se que este estudo destacou várias questões já muito discutidas, mas entende-se que foi salientado um aspecto muito relevante, a da falta de um consenso no processo psicodiagnóstico. Esta falta provoca uma demora maior para iniciar o tratamento, tempo que às vezes pode prejudicar em muito o paciente. Podendo (Freire; Ponde, 2005) resultar em comprometimento social grave (Santos; Primi, 2005).

E ainda perceber com que ou qual problemática que seu paciente está enfrentando, para que possa auxiliá-lo, e orientá-lo, assim também a família quando necessário. E isto cabe a todos os profissionais envolvidos no processo farmacológico e terapêutico.

É necessário salientar algumas limitações do estudo e os cuidados na interpretação, como a pequena amostra dos profissionais, a falta de interesse dos neurologistas em participar da pesquisa, e as características culturais específicas de cada região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antony, S; Ribeiro, J. P. Hiperatividade: Doença ou Essência? Um Enfoque da Gestalt Terapia. *Psicologia Ciência e Profissão*. vol. 25 n. 2 São Paulo, 2005. p. 186-197.

Barbosa, A. A. G; Barbosa, G. A; Amorin, G. C. *Hiperatividade: conhecendo a sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Benzik, E. B. P. *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Capovilla, A. G. S; Assef, E. C. S; Cozza, H. F. P. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Aval. Psicol.* vol. 6, n. 1 Porto Alegre Jun. 2007.

Carlini, E. A. et al. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Rev. psiquiatr. clín.* v.30 n.1 São Paulo 2003.

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. vol.1 Rev. 10, Edusp, 1999.

Condemarin, M; Gorostegui, M. E; Milicic, N. *Transtorno do Déficit de Atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa*. São Paulo: Planeta, 2006.

DSM IV - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Freire, A. C. C; Ponde, M.P. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arq. Neuro-psiquiatr.* vol. 63, n. 2b, São Paulo, 2005.

Fussel, J. J; Macias, M. M; Saylor, C. F. Social Skills and Behavior Problems in children with Disabilities With and Without Siblings. *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 36, n. 2, set. 2005.

Grevet, E. H; Abreu, P. B; Shansi, F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev. Psiquiatr. RS*, 25 (3): 446-452, set./dez. 2003.

Kaefer, H. Avaliação psicológica no transtorno da atenção. In: Rotta, N. T; Ohlweiler, L; Riesgo, R. S. (org). *Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.315-328.

Kaplan, H. I; Sadock, B. J. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

Ludke, M; André, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

Ludke, M; André, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

Pereira, H. S; Araújo, A. P. Q. C; Mattos, P. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (4): 391-402, out. / dez., 2005.

Pesce, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. vol. 14, n. 1, Rio de Janeiro Mar/Apr. 2009.

Phelan, T. W. *TDA Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH: Sintomas, Diagnóstico e Tratamento Crianças e Adultos*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

Poeta, L. S; Neto, F. R. Estudo epidemiológico dos sistemas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando EDAH. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol. 26, n. 3, São Paulo, set 2004.

Possa, M. A; Spanemberg,L; Guardiola, A. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arq. Neuro-psiquiatr.* vol. 63, n. 2b, São Paulo, jun. 2005.

Raman, T; Rohde, L. A; Hutz, M. H. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol. 24, n. 4 São Paulo, out 2002.

Regalla, M. A; Guilherme, P. R; Serra-Pinheiro. Resiliência e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *J J. bras. psiquiatr.* 2007, vol.56, suppl.1, p. 45-49.

Rohde, L. A et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Rev. psiquiatr. clín.* vol. 31 n. 3 São Paulo, 2004.

Rohde, L. A; Dorneles, B. V; Costa, C. A. Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: Rotta, N. T; Ohlweiler, L; Riesgo, R. S. (org). *Transtorno da*

Aprendizagem-Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 365-374.

Rohde, L. A; Halpern, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade atualização. *Jornal de Pediatria*. vol. 80, n. 2(supl), 2004.

Rothenberger, A.; Banaschewski, T. *Mentes inquietas*. [Editorial]. Viver: Mente e Cérebro, n. 144. p. 44-47. Jan. 2005.

Rotta, N. T.; Ohlweiler, L; Riesgo, R. S. (org). *Transtorno da Aprendizagem-Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Santos, M. A; Primi, R. Desenvolvimento de um teste informatizado para avaliação do raciocínio, da memória e da velocidade do processamento. *Est. Psicol.* vol. 22, n. 3 Campinas set. 2005.

Schwartzman, J. S. *TDA*. São Paulo: Mennon, 2001.

Segenreich, Daniel; Mattos, P. Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH. Uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *J. bras. psiquiatr.* vol.56 suppl.1 Rio de Janeiro 2007

Serra-Pinheiro. et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Rev. Psiquiat.* vol. 26, n. 4 São Paulo, dez. 2004.

Sisto, F. F. *Contextos e Questões: da avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Vasconcelos, M. M; Malheiros, A. F. A; Wermer Jr, J. et al. Violência familiar e comportamento agressivo. *Arq. Neuropsiquiatria*. vol. 63, n. 1, São Paulo, mar. 2005.