ReGeo ISSN: 2177-3246

CARACTERÍSTICAS DOS DIAGNÓSTICOS DE TDAH EM CRIANÇAS DE ESCOLAS PÚBLICAS NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL

CHARACTERISTICS OF ADHD DIAGNOSIS IN CHILDREN OF PUBLIC SCHOOLS IN THE STATE OF RONDÔNIA, BRAZIL

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH EN NIÑOS DE ESCUELAS PÚBLICAS DEL ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL

https://doi.org/10.56238/revgeov17n7-135

Data de submissão: 07/06/2026 **Data de publicação:** 22/07/2026

Marcos Antônio Shreder da Silva
Doutor em Psicologia
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
E-mail: shredersilva@hotmail.com

Christian Haag Kristensen
Doutor em Psicologia
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail: christian.kristensen@pucrs.br

RESUMO

Objetivo: A estimativa da prevalência de TDAH em crianças e adolescentes aumentou nas últimas décadas, mas há uma crescente preocupação sobre a precisão e os procedimentos empregados para estabelecer este diagnóstico. Este estudo teve como objetivo avaliar as características dos diagnósticos de TDAH em crianças das escolas públicas do Estado de Rondônia. Método: Foi selecionada uma escola por município, de forma aleatória simples, tendo como critério o Indicador de Nível Socioeconômico por Escola (INSE), semelhante à média brasileira. Em cada uma das escolas, foram consultadas as fichas individuais de alunos avaliados com TDAH. No presente estudo, foram analisados registros clínicos, receitas de medicamentos e laudos/diagnóstico de TDAH, presentes nos registros de 102 alunos, em 18 escolas estaduais. Resultados: A especialidade de neurologia foi a responsável por 75,63% dos diagnósticos de TDAH, e 66,6% dos laudos/diagnóstico não informam o protocolo adotado e nem os testes ou exames realizados. A rede de saúde privada foi a que mais realizou os diagnósticos. Em 39,9% dos casos, as crianças apresentaram comorbidades, e o medicamento mais prescrito foi o Cloridrato de Metilfenidato (Ritalina), em 55,9% dos casos. Conclusões: As características dos diagnósticos clínicos dos alunos cumprem o seu papel de identificar o transtorno de TDAH, mas a qualidade das informações contidas nos laudos/diagnóstico é muito variável e, com frequência, pouco informativa. Há carência de informações sobre exames e testes realizados, subtipos de TDAH e estratégias de tratamento, que seriam fundamentais para pais e escola no manejo dos casos.

Palavras-chave: TDAH. Diagnóstico. Comorbidade. Tratamento. Avaliação Multidisciplinar.

ABSTRACT

Objective: The estimate of the prevalence of ADHD in children and adolescents has increased in recent decades, but there is growing concern about the accuracy and procedures used to establish this diagnosis. This study aimed to evaluate the characteristics of ADHD diagnoses in children from public schools in the state of Rondônia. Methods: One school per municipality was selected in a simple random way, using the Socioeconomic Level Indicator by School - (INSE) criterion like the Brazilian average. In each of the schools, the individual records of students evaluated with ADHD were

consulted. In the present study, clinical records, medication prescriptions and ADHD reports/diagnoses present in the records of 102 students in 18 state schools were analyzed. Results: The neurology specialty was responsible for 75.63% of the ADHD diagnoses and 66.6% of the reports/diagnosis do not inform the protocol adopted or the tests or exams performed. The private health network performed the most diagnoses. In 39.9% of cases, children had comorbidities and the most prescribed medication was Methylphenidate Hydrochloride (Ritalin) in 55.9% of cases. Conclusions: The characteristics of the students' clinical diagnoses fulfill their role of identifying ADHD disorder, but the quality of the information contained in the reports/diagnosis is very variable and often not informative. There is a lack of information about exams and tests carried out, subtypes of ADHD and treatment strategies, which would be essential for parents and schools in case management.

Keywords: ADHD. Diagnosis. Comorbidity. Treatment. Multidisciplinary Assessment.

RESUMEN

Objetivo: La estimación de la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes ha aumentado en las últimas décadas, pero existe una creciente preocupación por la precisión y los procedimientos utilizados para establecer este diagnóstico. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las características de los diagnósticos de TDAH en niños de escuelas públicas del estado de Rondônia. Método: Se seleccionó una escuela por municipio de forma aleatoria simple, utilizando el indicador de nivel socioeconómico por escuela - (INSE) criterio similar al promedio brasileño. En cada una de las escuelas se consultaron los registros individuales de los estudiantes evaluados con TDAH. En el presente estudio se analizaron historias clínicas, prescripciones de medicamentos e informes/diagnósticos de TDAH presentes en los registros de 102 estudiantes de 18 escuelas públicas. Resultados: La especialidad de neurología fue responsable del 75,63% de los diagnósticos de TDAH y el 66,6% de los informes/diagnósticos no informan el protocolo adoptado ni las pruebas o exámenes realizados. La red de salud privada realizó la mayoría de los diagnósticos. En el 39,9% de los casos, los niños tenían comorbilidades y el medicamento más prescrito fue el Clorhidrato de Metilfenidato (Ritalin) en el 55,9% de los casos. Conclusiones: Las características de los diagnósticos clínicos de los estudiantes cumplen su papel de identificación del trastorno de TDAH, pero la calidad de la información contenida en los informes/diagnósticos es muy variable y muchas veces poco informativa. Falta información sobre exámenes y pruebas realizadas, subtipos de TDAH y estrategias de tratamiento, lo que sería fundamental para padres y escuelas en el manejo de casos.

Palabras clave: TDAH. Diagnóstico. Comorbilidad. Tratamiento. Evaluación Multidisciplinar.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido apontado como a condição comportamental mais comum, e a segunda doença crônica mais frequente em crianças (Wolraich *et al.*, 2019). A prevalência nacional e internacional estimada do TDAH na infância é de 3% a 6%, e continua na vida adulta em mais da metade das que foram diagnosticadas (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Rohde *et al.*, 1999; Rohde & Halpern, 2004). Um levantamento populacional sugeriu que a prevalência mundial do TDAH seja de 5%, e que ocorra na maioria das culturas (American Psychiatric Association, 2013).

O estudo realizado por Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, e Rohde (2007) indicou que, no geral, a prevalência combinada de TDAH/HD foi de 5,29% (IC 95% = 5,01–5,56), e Willcutt (2012) sugeriu que a prevalência combinada de TDAH é semelhante quando usado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), variando de 5,9 a 7,1%, dependendo da fonte de informação. Através de revisão posterior, investigando a variabilidade nas estimativas de TDAH nas últimas três décadas, identificou-se uma prevalência similar, desde que seguidos os procedimentos de diagnóstico padronizados (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014). Thomas, Sanders, Doust, Beller, e Glasziou (2015), em meta-análise com 175 estudos, encontraram percentuais próximos aos de Polanczyk *et al.* (2014), em crianças, estimando a prevalência entre 6,7% a 7,8%.

Estudos têm apontado para um aumento no percentual da prevalência de TDAH em crianças e adolescentes nas últimas décadas (Boyle *et al.*, 2011; Visser *et al.*, 2014). A *National Health Interview Survey* (NHIS) apontou para um aumento de 33% no percentual de crianças norte-americanas diagnosticadas com TDAH, entre 1997–1999 e 2006–2008, sendo a variação, segundo Boyle *et al.* (2011), em 1997-1999, de 5,7%, e em 2006-2008 de 7,6%. Já a Pesquisa "*Trends in the Parent-Report of Health Care Provider Diagnosed and Medicated ADHD: United States, 2003-2011*" mostrou um aumento de 42% entre 2003 e 2011 (Visser *et al.*, 2014).

À medida que o percentual da prevalência de TDAH aumenta, também se intensificam críticas, como o excessivo emprego de medicação no tratamento de TDAH em crianças e adolescentes, visto que, nesta perspectiva, os problemas (sintomas) que as crianças apresentam foram produzidos a partir dos aspectos políticos, sociais e culturais (Viégas & Oliveira, 2014). Ainda, segundo Viégas, Gomes, e Oliveira (2013), não se trata de uma simples questão de redução no uso de medicamentos, e sim uma minimização da complexidade da vida para aspectos específicos da saúde, onde essas patologias assumem sua face mais sombria.

A década de 1990, segundo Caliman (2006), marcou a legitimação, a popularização e a universalização do TDAH, e esse episódio acabou se tornando motivo de polêmica. E, para Caliman (2006), em decorrência disso, houve um aumento acentuado nos diagnósticos de TDAH, e, proporcionalmente, do consumo de psicoestimulantes, atribuído ao interesse científico e midiático em torno do transtorno. Mas, segundo Barkley (2002), o aumento do número de indivíduos diagnosticados com TDAH deu-se devido, em grande parte, à conscientização sobre o transtorno. Tal ideia é hostilizada por críticos, os quais afirmam ser esta posição associada ao discurso médico-psiquiátrico hegemônico (Caliman, 2006). Outros autores são mais radicais, como, por exemplo, Drummond (2000), ao argumentar que os comportamentos relacionados ao TDAH são comuns a todas as crianças e, portanto, não devem ser considerados anormais.

Viégas e Oliveira (2014), em uma pesquisa de revisão, apontaram que, dos 137 artigos por elas pesquisados, a maioria possuía um "olhar medicalizante". Porém, isto não significa dizer que o TDAH não exista, ou que seja apenas uma invenção médica propagada pela mídia para explicar o fracasso escolar. Tampouco o aumento do número de indivíduos diagnosticados, e a diferença de estimativa de prevalência de TDAH pode ser explicada, unicamente, pela maior conscientização sobre o transtorno. Em vez disso, esses aumentos e diferenças nas taxas de prevalência também podem ser atribuídos a diferenças metodológicas, tais como tipo de amostra, delineamento, fonte de informação, idade, critérios diagnósticos utilizados e forma de aplicação dos instrumentos que avaliam o TDAH (Rohde & Halpern, 2004). Uma revisão de literatura sobre o TDAH no Brasil indicou uma prevalência de 5,8% quando os critérios diagnósticos do DSM-IV foram empregados, em comparação a 1,5%, quando os critérios da CID-10 foram utilizados (Rohde *et al.*, 2005).

Outro potencial fator de confusão está relacionado à falta de acurácia dos diagnósticos de TDAH na infância e adolescência. Por exemplo, Kos (2004) afirmou que mais de 11% das crianças australianas possui um diagnóstico de TDAH. Em contrapartida, há indícios sugerindo que o percentual de erros em diagnósticos em crianças australianas é elevado, podendo os erros na Austrália ter chegado a 75% (Kube, Petersen, & Palmer, 2002; Parliament of Western Australia, 2004).

Estes dados estatísticos da Austrália apontam para a necessidade de se fazer um diagnóstico preciso nas crianças que apresentam sintomas de TDAH. Para minimizar a probabilidade de erros, é preciso considerar as orientações da American Psychiatric Association (2013), que, na sua versão atualizada (DSM-5), alocou o TDAH nos transtornos do neurodesenvolvimento e apontou diversos aspectos a serem considerados para um diagnóstico correto, tais como: diagnóstico diferencial; característica diagnóstica (desatenção, hiperatividade, impulsividade); características associadas que

apoiam o diagnóstico; fatores de risco e prognóstico; questões diagnósticas relativas à cultura e ao gênero.

No entanto, é preciso reconhecer as dificuldades para se estabelecer um diagnóstico preciso de TDAH. Segundo Rohde e Benczik (1999), há três características básicas no TDAH: desatenção, agitação e impulsividade, podendo variar em graus. Todavia, outro aspecto importante foi destacado por Barkley (2002), ao salientar que não se trata de uma simples questão de desatenção ou hiperatividade, muito menos de estado temporário, talvez encarado por muitos como uma fase "normal" da infância. No entanto, não se deve ir ao outro extremo, atribuindo o problema à falta de disciplina ou a algum tipo de "maldade" por parte da criança afetada pelo transtorno.

Apesar dos avanços em torno do TDAH, um dos grandes problemas é a falta de um diagnóstico precoce e correto, para uma melhor assistência à criança. Para que isso ocorra de forma satisfatória, é preciso resolver o que Kos (2004, p. 15) chamou de "problemas de diagnósticos não resolvidos". Diante da problemática do aumento constante, nos últimos anos, do percentual da prevalência de TDAH, e a dificuldade para se estabelecer um diagnóstico preciso desse transtorno, o objetivo deste estudo foi avaliar as características dos diagnósticos de TDAH em crianças das escolas públicas do estado de Rondônia.

2 MÉTODO

A Secretaria de Estado da Educação de Rondônia (SEDUC; Secretaria de Estado da Educação, 2013) dispõe de 18 Coordenadorias Regionais de Educação (CRE), localizadas em pontos estratégicos do Estado, visando atender as 439 escolas estaduais. Para cada CRE, foram tabulados todos os municípios de sua jurisdição e todas as escolas, sendo o município escolhido pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), semelhante à média brasileira. Após isso, foi selecionada uma amostra aleatória simples (uma escola), com base nos critérios do Indicador de Nível Socioeconômico por Escola (INSE) que leva em conta os bens domésticos, a renda e a contratação de serviços pela família dos alunos, e pelo nível de escolaridade de seus pais. O nível socioeconômico da escola foi definido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). A amostra das escolas, para este estudo, foi composta, em sua maioria, do grupo médio baixo (40;50), onde a renda familiar mensal está entre 1 e 1,5 salários-mínimos, e o grupo médio (50;60), onde a renda familiar mensal está entre 1,5 e 5 salários mínimos, desta forma, representando uma parte considerável da população brasileira (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2015).

2.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizada uma visita in loco à unidade educacional, acompanhada do coordenador regional do ensino especial. Em seguida, os autores, com o auxílio do pedagogo responsável pela sala do Atendimento Educacional Especializado (AEE), identificaram os registros de estudantes diagnosticados com TDAH, selecionando e catalogando toda a documentação comprobatória. Em especial, para efeitos deste estudo, deu-se atenção a registros, receitas de medicamentos e laudos com diagnóstico de TDAH e transtornos associados, constantes na pasta individual do aluno.

Com os dados catalogados, passou-se ao preenchimento da Ficha de Informações Clínicas, para efeitos de registro de toda a documentação comprobatória, composta por itens que sintetizam informações sobre dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade), dados clínicos do aluno (constantes na sua pasta individual, revelando a presença ou ausência de diagnóstico ou indicação da hipótese de TDAH, subtipo especificado, idade do aluno no momento do diagnóstico, testes ou exames realizados, uso de medicações), profissionais envolvidos no diagnóstico (formação/ocupação), dados escolares (repetências/reprovações, histórico escolar). Foram identificados 102 diagnósticos de TDAH, em crianças de 7 a 14 anos de idade, no conjunto de escolas pesquisado.

2.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente, solicitamos à SEDUC autorização para nos dirigirmos às 18 CRE, e às escolas selecionadas de sua jurisdição. Em termos éticos, a instituição proponente da pesquisa é a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sendo a SEDUC a instituição coparticipante da pesquisa. Após a autorização, o projeto de pesquisa tramitou na Comissão Científica da Escola de Ciências da Saúde da PUCRS e, após aprovado, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP-PUCRS). Somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 88504618.5.0000.5336, iniciou-se a pesquisa.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

Os registros foram tabulados e os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (*SPSS*, versão 27.0). Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva, envolvendo medidas de tendência central, dispersão, propriedades da distribuição e frequência. Posteriormente, foram exploradas associações entre as variáveis de interesse, incluindo testes de qui-quadrado e correlações. Foi mantido um alfa = 0,05, ou a uma taxa de erro corrigida mais baixa, conforme indicado.

3 RESULTADOS

Do total de 102 alunos que foram diagnosticados com TDAH, 72 (70,6%) eram do sexo masculino e 30 (29,4%) do sexo feminino. A idade dos alunos variou de 7 a 14 anos (M = 11,38; DP = 2,13); a faixa etária de 14 anos foi a que apresentou o maior número de casos (n = 25; 24,5%); e na faixa etária de 7 anos foi identificado o menor número de casos (n = 4; 3,9%). Todos os alunos encontravam-se matriculados da 2ª a 9ª série do Ensino Fundamental. O maior número de caso por série escolar foi encontrado na 6ª série, com 24 casos (23,5%), e a 2ª série apresentou o menor número (n = 4; 3,9%). A Tabela 1 evidencia a frequência e o percentual de anos de reprovação para os alunos diagnosticados com TDAH.

Tabela 1. Anos de Reprovação para Alunos (N = 102) Diagnosticados com TDAH

Quantidade de anos de reprovação		
Anos	**Frequência**	**Porcentagem**
0	42	41,10
1	41	40,20
2	11	10,80
3	6	5,90
4	2	2,00
Total	**102**	**100**

Fonte: Elaborada pelos autores

Foi observada diferença entre a média de idade dos alunos na ocisão do diagnóstico psicopedagógico realizado na escola (M = 8,59; DP = 1,51) e a média de idade dos alunos na ocasião do diagnóstico clínico (M = 9,10; DP = 1,75), $t(101) = 8,234$, $p < 0,05$.

Os registros de crianças com laudo diagnóstico de TDAH foram emitidos por 32 profissionais das áreas de neurologia, neuropediatria, neurocirurgia, psiquiatria, clínica geral, psicologia e neuropsicologia, conforme ilustrado na Tabela 2. Desses profissionais, 19 (59,38%) eram do sexo masculino e 13 (40,68%) do sexo feminino. A maior parte dos laudos com diagnóstico de TDAH foram realizados na rede de saúde privada (62,70%), e apenas 38 (37,30%) na rede pública de saúde.

Tabela 2. Especialidade dos Profissionais (N = 32) que Realizaram os Diagnósticos de TDAH

Profissional que realizou o diagnóstico		
	Frequência	**Porcentagem**
Neuropediatra	38	37,37
Neurologista	34	33,35
Psicólogo	11	10,81
Psiquiatra	7	6,63
Neurocirurgião	5	4,91
Clínico Geral	4	3,98
Neuropsicólogo	3	2,95
Total	**102**	**100**

Fonte: Elaborada pelos autores

A Tabela 3 apresenta as especificações de testes e exames constantes na pasta individual dos 102 alunos diagnosticados com TDAH.

Tabela 2. Testes e Exames Realizados nos Alunos Diagnosticados com TDAH

Testes e Exames realizados nos alunos	Frequência	Porcentagem
Não especificado	71	69,60
WISC-IV	7	6,80
Eletroencefalograma	4	3,90
Tomografia, eletroencefalograma, Eletrocardiograma e Bera/Peate	4	3,90
Teste de QI não especificado	3	2,90
WISC-IV, Escala de Maturidade Mental Colúmbia-CMMS; TDE	3	2,90
Ressonância de crânio, eletroencefalograma e cariótipo Banda G	2	2,00
WISC-IV, RNVRI	2	2,00
WISC-IV, Figuras Complexas de Rey, Teste dos cinco dígitos-FDT e Escala ETDAH-pais	2	2,00
DSM-IV	2	2,00
Teste Psicométricos não especificado	1	1,00
Anamnese, entrevista e aplicações lúdicas	1	1,00
Total	**102**	**100**

Nota. WISC-IV - Escala Wechsler de Inteligência para Crianças.
Teste de QI (Quociente de Inteligência).
Bera - Brainstem Evoked Response Audiometry
Peate - Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico
Colúmbia-CMMS – Escala de Maturidade Mental Colúmbia 3.
TDE – Teste de Desempenho Escolar.
RNVRI - Teste Não-Verbal de Raciocínio.
FDT - Five Digits Test
ETDAH-pais – Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no TDAH em ambiente familiar.
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
Fonte: Elaborada pelos autores

Em relação à especificação do tipo de TDAH, em 49 laudos (48,0%) não havia informação adicional, em 38 deles (37,3%) houve um diagnóstico de TDAH com predomínio do tipo desatento, 10 (9,8%) com predomínio de hiperatividade/impulsividade, e 5 (4,9%) com tipo combinado. O teste de qui-quadrado de independência mostrou que não houve associação entre o sexo da criança e os subtipos de TDAH [$X2(3) = 3,537$; $p > 0,05$; $r = 0,89$]. Em 34,9% dos casos, foi indicada a presença de ao menos uma condição comórbida, sendo as mais recorrentes a dislexia e a discalculia; em 5% dos registros, as crianças tinham duas ou mais comorbidades.

A partir destes resultados, algumas estratégias de tratamento foram delineadas para as crianças diagnosticadas com TDAH, incluindo: tratamento farmacológico associado ao acompanhamento psicopedagógico (49,0%), somente tratamento farmacológico (18,6%), tratamento multidisciplinar

com uso de fármacos (15,7%), apenas acompanhamento psicopedagógico (11,8%), tratamento farmacológico associado ao tratamento psicológico (2,9%) e somente tratamento psicológico (2,0%). Esses dados indicam que 88 (86,2%) das crianças com laudo de TDAH fazem uso de fármacos como parte do tratamento. A Tabela 4 demonstra a frequência e o percentual dos medicamentos prescritos.

Tabela 4. Frequência de Medicações Prescritas

Medicações Prescritas		
	Frequência	**Porcentagem**
Não especificado	25	24,50
Cloridrato de metilfenidato	51	50,00
Cloridrato de imipramina	5	4,90
Cloridrato de metilfenidadato, Risperidona, Valproato de sódio e Cloridrato de imipramina	4	3,90
Cloridrato de metilfenidato e Cloridrato de imipramina	3	2,90
Dimesilato de lisdexanfetamina	3	2,9
Oxcarbazepina e Modafinila	2	2,00
Risperidona e Oxcarbazepina	2	2,00
Cloridrato de clomipramina, Modafinila e Bacopa monnieri	1	1,00
Cloridrato de metilfenidato, Topiramato, Omega3 e Cloridrato de imipramina	1	1,00
Periciazina	1	1,00
Ácido gama-aminobutírico e Cloridrato de imipramina	1	1,00
Cloridrato de metilfenidato e Cloridrato de amitriptilina	1	1,00
Cloridrato de imipramina	1	1
Cloridrato de fluoxetina	1	1
Total	**102**	**100**

Fonte: Elaborada pelos autores

4 DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi avaliar as características dos diagnósticos de TDAH em crianças das escolas públicas do Estado de Rondônia.

Os dados mostraram que os médicos da área de neurologia, especialidade da medicina que estuda as doenças estruturais do Sistema Nervoso Central, foi a responsável por 75,63% dos diagnósticos de TDAH na amostra pesquisada. Esse achado difere do estudo de Setyawan *et al.* (2018), que apontou os médicos psiquiatras como sendo responsáveis por 89% dos tratamentos de pacientes com TDAH na França, em um estudo que analisou a apresentação, o diagnóstico e a gestão de crianças e adolescentes com TDAH em países europeus. Em Rondônia, 2 médicos da especialidade de neurologia foram responsáveis por 34% dos laudos encontrados nas escolas pesquisadas. Isso confirma a carência profissional de diversas áreas, em especial no setor público de saúde, considerando que 62,70% dos laudos de TDAH foram realizados na rede de saúde privada. E esse achado indica que, em Rondônia, Estado da região norte do Brasil, o TDAH é um transtorno subdiagnosticado, por fatores como falta de profissionais especializados para atender a demanda reprimida, falta de atendimento na rede pública de saúde, e pelo fato dos poucos profissionais existentes estarem em cidades maiores.

Impossibilita-se, assim, que pessoas de baixa renda tenham acesso ao atendimento especializado, por isso acabam, por vezes, achando que seus filhos não possuem condições cognitivas suficientes para acompanhar o processo de ensino e aprendizagem.

A avaliação de crianças e adolescentes com suspeita de TDAH deve ser feita a partir de protocolos, que incluem exames físicos, levantamento de informações de vários ambientes – como a casa, a escola e a comunidade –, observações médicas durante a visita ao consultório, aplicação de testes e escalas de avaliação comportamental e avaliação da presença de comorbidades (Felt, Biermann, Christner, Kochhar & Harrison, 2014; Filipe, 2016; Koolwijk, *et al.*, 2014; Schmiedeler & Schneider, 2014). No entanto, este estudo encontrou um alto percentual (69,60%) de desinformação sobre os protocolos adotados, como se houve ou não participações advindas de outros ambientes e pessoas, os tipos de exames e testes realizados, e escalas de avaliação utilizadas pelos especialistas para se chegar ao diagnóstico das crianças com TDAH. Os demais laudos (30,40%) apresentaram o caminho percorrido até o desfecho conclusivo de diagnóstico. Mesmo assim, foi sentida a ausência de relatos de pais, cuidadores, professores e outros adultos, fornecendo evidências diagnósticas de TDAH das crianças que estão sob sua responsabilidade direta, ou que mantenham contato por mais de 4 meses (Krull, como citado em Leung & Hon, 2016). O relato dessas pessoas pode ser coletado por diversas fontes, tais como a Escalas de Avaliação de Comportamento Abrangente de Conners, Escala de Avaliação de TDAH-IV e Questionário MTA-SNAP-IV (versões para pais e professores), Questionário ANSER para professores, e *ADD-H Comprehensive Teacher's* (Leung & Hon, 2016). Apenas um dos 102 laudos continha informações sobre a utilização da escala de avaliação TDAH-IV (versão pais). Esse achado talvez indique que os diagnósticos estejam sendo realizados em um número considerável de crianças, em uma situação de 1 para 1 na visita ao consultório (Leung & Lemay, 2003).

Do total de 102 laudos de TDAH, constantes nas pastas individuais dos alunos, 48% não havia indicação sobre em qual dos três subtipos especificados no DSM-5 se enquadrava a criança. Isso é preocupante, porque essa informação é importante para traçar as estratégias de tratamento e, até mesmo, as intervenções pedagógicas. O nosso estudo encontrou evidências nos laudos, com informações sobre o subtipo, em que 71,69% são predominantemente do tipo desatento; esse subtipo também foi o mais elevado, com 43%, no estudo de Oke, Oseni, Adejuyigbe, e Mosaku (2019). Diferentemente, outros dois estudos apontaram para o subtipo combinado como predominante, com 87% e 47,7% dos casos analisados nos prontuários médicos (Efron, Bryson, Lycett, & Sciberras, 2016; Setyawan *et al.*, 2018). Indica-se a importância de se demonstrar claramente esse aspecto nos laudos, para que o tratamento siga protocolos próprios para cada subtipo. Comumente, o TDAH apresenta comorbidades, e este estudo mostrou que 39,9% apresentaram uma ou mais comorbidade(s). Esses

percentuais estão na média de um estudo realizado em 6 países europeus, que variou de 15% a 60%; e especificamente sobre comorbidades relacionadas aos transtornos de aprendizagem, estudos apontam uma variação de 14,6% a 73,1% dependendo do país (Leung & Hon, 2016; Setyawan *et al.*, 2018). Estes achados comprovam que é necessário a contribuição de diversos profissionais, incluindo a pessoa do professor, para compor uma equipe multidisciplinar com o objetivo de fechar um diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, afinal é o professor o profissional que convive diariamente com crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH e suas diversas comorbidades (August, Ostrander, & Bloomquist, 1992; Barkley, 1990; Cotuono, 1993; Efron *et al.*, 2016).

Davidovitch, Koren, Fund, Shrem, e Porath (2017) apontaram que, de 2005 a 2014, o uso de medicamentos para o tratamento de TDAH aumentou entre as crianças e adolescentes de ambos os sexos inscritos no *Maccabi Healthcare Services*. Igualmente, nosso estudo apontou que 86,20% das crianças com laudo de TDAH fazem uso de fármacos como parte do tratamento. Provavelmente, isso ocorre porque, geralmente, inicia-se o tratamento pelo farmacológico (Setyawan *et al.*, 2018). O medicamento cloridrato de metilfenidato (Ritalina) foi o mais receitado pelos médicos, em 50,00% dos casos como a única medicação, e 55,90% quando computado a indicação associada a outros medicamentos. Esses índices são parecidos com os encontrados por Setyawan *et al.* (2018), que mostraram o *Methylphenidate* em suas duas versões (SA e LA) como a medicação mais receitada nos seis países que fizeram parte da pesquisa (França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Reino Unido). Os estudos sobre estratégias de tratamento apontam que diretrizes multimodais de atendimento são recomendadas (Evans, Axelrod, & Langberg, 2004; Seixas, Weiss, & Müller, 2012), e que a combinação farmacológica com intervenções comportamentais, treinamento de pais e intervenções escolares são estratégias que devem ser implementadas (Goodman, 1997).

Dois aspectos encontrados neste estudo precisam ser repensados nas escolas públicas. O primeiro está relacionado com o tempo em que se leva para a escola identificar os alunos com características de TDAH, que, em média, ocorre somente após 2 anos e meio que a criança frequenta a escola. Depois desse tempo perdido, se leva em média mais 1 ano para a criança ser diagnosticada por um especialista da área médica e, com isso, começar a receber os primeiros tratamentos. Ou seja, em média, perde-se quase 4 anos da vida escolar. Formações específicas aos professores sobre o TDAH poderiam auxiliar para a diminuição do tempo médio de identificação, e Koolwijk *et al.* (2014) apontaram elevados índices de acerto de crianças em idade escolar com suspeitas de TDAH encaminhados para uma subespecialidade pediátrica. O segundo aspecto se relaciona com o número de reprovação de alunos com TDAH nas escolas públicas de Rondônia-Brasil: 40,2% tiveram pelo menos uma reprovação, e 18,7%, de duas a quatro reprovações. Esses dados alarmantes só poderão ser

contornados com a implementação de estratégias que envolvam crianças, pais, médicos, professores, escola e especialistas em intervenções comportamentais, como os psicólogos (Efron *et al.*, 2016; Evans *et al.*, 2004; Goodman, 1997). E as intervenções pedagógicas devem levar em consideração o tamanho, a estrutura e a ordenação da sala de aula: deve-se pensar em um número reduzido de alunos com menos distração e, se possível, uma educação individualizada (Cerrillo-Urbina *et al.*, 2018).

Em conclusão, o estudo apresentou como limitações a falta de relatos mais específicos nos laudos emitidos pelos especialistas da área médica de como se chegou ao diagnóstico conclusivo. Outra limitação foi o número reduzidos de laudos encontrados, muito embora houvesse queixas dos professores a respeito de que determinados alunos poderiam ter TDAH, mas as condições da família não permitiram levar a criança a um especialista, para análise mais aprofundada. Devido a isso, nesse primeiro momento não foi possível fazer um estudo de prevalência. Como futuras pesquisas, pode-se fazer esse estudo de prevalência com o uso, por exemplo, do questionário MTA-SNAP-IV (versões para pais e professores), considerando que ele não envolve custos para a família. Também pode-se incrementar um estudo de Georreferenciamento e verificar se, de fato, os municípios no extremo do Estado possuem uma maior demanda reprimida de diagnósticos de TDAH, como este estudo parece indicar. As características dos diagnósticos clínicos dos alunos cumprem o seu papel de identificar o TDAH, mas precisa melhorar em quantidade e em qualidade, oferendo direções para pais e escola de como lidar melhor com crianças com TDAH.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: Author.

August, G. J., Ostrander, R., & Bloomquist, M. J. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder: An epidemiological screening method. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*(3), 387-396. doi: 10.1037/h0079354

Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Boyle, C. A., Boulet, S., Schieve, L. A., Cohen, R. A., Blumberg, S. J., Yeargin-Allsopp, M., … Kogan, M. D. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics*, *127*(6), 1034-1042. doi: 10.1542/peds.2010-2989

Caliman, L. V. (2006). *A biologia moral da atenção: a construção do sujeito (des)atento* (Tese de doutorado em Saúde Coletiva). Recuperado de http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4445

Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, M. J., Ruiz-Hermosa, A., & Sánchez-López, M. (2018). Prevalence of probable attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. *BMC Pediatrics*, *18*(111), 1-7. doi: 10.1186/s12887-018-1083-1

Cotuono, A. J. (1993). The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when. *Psychology in the Schools*, *30*(4), 338-344. doi: 10.1002/1520-6807(199310)30:4<338::AID-PITS2310300408>3.0.CO;2-S

Davidovitch, M., Koren, G., Fund, N., Shrem, M., & Porath, A. (2017). Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: Trends over the last decade. *BMC Pediatrics*, *17*(218), 1-9. doi: 10.1186/s12887-017-0971-0

Drummond, E. H. (2000). *The complete guide to psychiatric drugs: Straight talk for best results*. New York, NY: John Wiley and Sons.

Efron, D., Bryson, H., Lycett, K., & Sciberras, E. (2016). Children referred for evaluation for ADHD: Comorbidity profiles and characteristics associated with a positive diagnosis. *Child: Care, Health and Development*, *42*(5), 718-724. doi: 10.1111/cch.12364

Evans, S. W., Axelrod, J., & Langberg, J. M. (2004). Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD: Pilot data. *Behavior Modification*, *28*(4), 528-547. doi: 10.1177/0145445503259504

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition?. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, *2*(2), 104-113. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525089/pdf/wpa020104.pdf

Felt, B. T., Biermann, B., Christner, J. G., Kochhar, P., & Harrison, R. V. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American Family Physician*, *90*(7), 456-464. Retrieved from http://thepafp.org/website/wp-content/uploads/2017/05/AAFP-2014-ADHD-in-children.pdf

Filipe, A. M. (2016). Making ADHD evident: Data, practices, and diagnostic protocols in Portugal. *Medical Anthropology*, *35*(5), 390-403. doi: 10.1080/01459740.2015.1101102

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2015). *Indicadores educacionais* [website]. Recuperado de http://portal.inep.gov.br/web/guest/indicadores-educacionais

Koolwijk, I., Stein, D. S., Chan, E., Powell, C., Driscoll, K., & Barbaresi, W. J. (2014). "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *35*(9), 591-597. doi: 10.1097/DBP.0000000000000109

Kos, J. M. (2004). *Primary school teachers' knowledge, attitudes, and behaviours toward children with attention-deficit/hyperactivity disorder* (Doctoral thesis). Retrieved from https://works.bepress.com/julie_kos/9/

Kube, D. A., Petersen, M. C., & Palmer, F. B. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder: comorbidity and medication use. *Clinical Pediatrics*, *41*(7), 461-469. doi: 10.1177/000992280204100702

Leung, A. K. C., & Hon, K. L. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Advances in Pediatrics*, *63*(1), 255-280. doi: 10.1016/j.yapd.2016.04.017

Leung, A. K. C., & Lemay, J. F. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder: an update. *Advances in Therapy*, *20*, 305-318. doi: 10.1007/BF02849796

Oke, O. J., Oseni, S. B., Adejuyigbe, E. A., & Mosaku, S. K. (2019). Pattern of attention deficit hyperactivity disorder among primary school children in Ile-Ife, South-West, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *22*(9), 1241-1251. doi: 10.4103/njcp.njcp_599_18

Parliament of Western Australia. (2004). *Attention deficit hyperactivity disorder in Western Australia* (Report No. 8). Retrieved from https://www.parliament.wa.gov.au/Parliament/commit.nsf/(Report+Lookup+by+Com+ID)/A8838813E981CEE948257831003E9611/$file/ADD%20final%20report%20pdf%20version.pdf

Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434-442. doi: 10.1093/ije/dyt261

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942

Rohde, L. A. P., & Benczik, E. B. P. (1999). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: O que é? Como ajudar?*. Porto Alegre: Artmed.

Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*, *80*(2 Supplement), S61-S70. doi: 10.1590/S0021-75572004000300009

Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38*(6), 716-722. doi: 10.1097/00004583-199906000-00019

Rohde, L. A., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder?. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1436-1441. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.01.042

Schmiedeler, S., & Schneider, W. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *19*(3), 460-475. doi: 10.1177/1359104513489979

Secretaria de Estado da Educação. (2013). *Relação das escolas estaduais do Estado de Rondônia* [Versão Adobe Digital]. Recuperado de https://www.mpro.mp.br/documents/29199/153550/Rela%C3%A7%C3%A3o+das+Escolas+Estaduais+-+Rond%C3%B4nia/25990ebb-f68d-49f4-84ba-299378eac425;jsessionid=C491A6B5B34C71F8664333E7096212F3.node01?version=1.0

Seixas, M., Weiss, M., & Müller, U. (2012). Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology*, *26*(6), 753-765. doi: 10.1177/0269881111412095

Setyawan, J., Fridman, M., Grebla, R., Harpin, V., Korst, L. M., & Quintero, J. (2018). Variation in presentation, diagnosis, and management of children and adolescents with ADHD across European countries. *Journal of Attention Disorders*, *22*(10), 911-923. doi: 10.1177/1087054715597410

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, *135*(4), e994-e1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482

Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., … Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *53*(1), 34-46. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.001

Viégas, L. de S., & de Oliveira, A. R. F. (2014). TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. *Nuances: Estudos sobre Educação*, *25*(1), 39-58. doi: 10.14572/nuances.v25i1.2736

Viégas, L. de S., Gomes, J., & de Oliveira, A. R. F. (2013). Os equívocos do artigo “Os equívocos e acertos da campanha 'não à medicalização da vida'”. *Revista Psicologia em Pesquisa*, *7*(2), 266-276.

doi: 10.5327/Z1982-1247201300020015

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), 490-499. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8

Wolraich, M. L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R. L., Bax, A., Redwine, S. T., … Hagan, J. F., Jr. (2019). ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. *Pediatrics*, *144*(4), 1-9. doi: 10.1542/peds.2019-1682