

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
ICH - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
Curso de Psicologia

Brendon Oliveira Mendes
Bruna Santana Costa Abrahão
Estella Kirejjian Lopes
Grasielle Souza do Carmo
João Victor Alves Caminha
Khamila Ferreira de Oliveira Manoel
Sabrine Burssed Sampaio

**REFLEXÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE REALIZADO POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS EM
CRIANÇAS**

São Paulo - Cidade Universitária

2025

**UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
ICH - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA**

Brendon Oliveira Mendes
Bruna Santana Costa Abrahão
Estella Kirejjian Lopes
Grasielle Souza do Carmo
João Victor Alves Caminha
Khamila Ferreira de Oliveira Manoel
Sabrine Burssed Sampaio

**REFLEXÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE REALIZADO POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS EM
CRIANÇAS**

Relatório de Pesquisa apresentada para o
Plano de Estudos Orientados – PEO, do
Curso de Psicologia da Universidade
Paulista-UNIP, sob a orientação da
Professora Dra. Luan Flávia Barufi
Fernandes.

**São Paulo - Cidade Universitária
2025**

CIP - Catalogação na Publicação

REFLEXÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE REALIZADO POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS EM CRIANÇAS / Khamila Ferreira de Oliveira Manoel...[et al.]. - 2025.

77 f. + 1.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência Humanas da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes.

1. Medicalização. 2. Avaliação psicológica. 3. Psicólogos clínicos. 4. Diagnóstico infantil. I. Manoel, Khamila Ferreira de Oliveira. II. Fernandes, Luan Flávia Barufi (orientador).

Brendon Oliveira Mendes
Bruna Santana Costa Abrahão
Estella Kirejjian Lopes
Grasielle Souza do Carmo
João Victor Alves Caminha
Khamila Ferreira de Oliveira Manoel
Sabrine Burssed Sampaio

**REFLEXÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE REALIZADO POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS EM
CRIANÇAS**

Relatório de Pesquisa apresentada para o
Plano de Estudos Orientados – PEO, do
Curso de Psicologia da Universidade
Paulista-UNIP, sob a orientação da
Professora Dra. Luan Flávia Barufi
Fernandes.

O trabalho foi considerado _____ com a nota _____ ().

São Paulo 28 de novembro de 2025.

Prof.(a) Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia

Prof.(a) Dra. Geiza Fernanda Antunes

Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes – Universidade Paulista - UNIP
Orientadora

RESUMO

Mendes B.O; Abrahão, B.S.C; Lopes, E.K; Carmo, G.S; Caminha J.V.A; Manoel, K.F.O; Sampaio, S.B; Fernandes, L.F.B (orientadora). **Reflexões sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade realizado por psicólogos clínicos em crianças.** Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, UNIP – Universidade Paulista, Campus Cidade universitária, São Paulo, 2025.

No Brasil, a medicalização do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem aumentado nos últimos anos, o que reforça a necessidade de compreender como o diagnóstico e a avaliação psicológica são conduzidos na prática clínica. Este estudo teve como objetivo investigar como psicólogos clínicos realizam a avaliação de crianças com TDAH, identificando os critérios utilizados, os instrumentos aplicados e as estratégias adotadas na prática profissional. A pesquisa foi de caráter qualitativo, com delineamento de pesquisa de campo e contou com a participação de seis psicólogos clínicos que atendem crianças de 0 a 12 anos de idade. A forma de participação consistiu em conceder uma entrevista, presencial, que foi agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos pesquisadores. A entrevista teve duração aproximada de 40 minutos e foi conduzida por uma dupla de pesquisadores. Os áudios das entrevistas foram gravados e transcritos na íntegra e depois analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Os participantes destacaram que o diagnóstico não deve se limitar a comportamentos isolados da criança, mas considerar o impacto desses comportamentos na rotina do infante. Destaca-se ainda que o trabalho do psicólogo um processo minucioso de avaliação, escuta e orientação à família e à escola. Além disso, os resultados indicam que o diagnóstico do TDAH não deve ser responsabilidade exclusiva do psicólogo, havendo a necessidade de uma atuação multiprofissional para que a criança seja compreendida de maneira integral, articulando práticas clínicas, pedagógicas, médicas e familiares. Com os resultados obtidos, foi possível constatar que, durante a atuação dos psicólogos clínicos, objetivos centrais se destacam: acolher a criança e sua família, compreender o sofrimento psíquico envolvido, identificar os prejuízos funcionais, integrar informações de diferentes contextos e promover intervenções adequadas e personalizadas. Observou-se também a busca por estratégias que vão além do uso de medicação, como a psicoterapia, o apoio parental e a orientação escolar. No entanto, também foram identificados desafios que dificultam esse processo, como a resistência de alguns pais ou responsáveis em aceitar o diagnóstico, a pressão social por respostas rápidas, a confusão entre TDAH e outros transtornos ou dificuldades emocionais, e a influência da medicalização, que pode reduzir a complexidade do fenômeno a uma explicação apenas biológica. Soma-se a isso a falta de preparo de alguns profissionais da saúde e da educação, bem como a escassez de recursos em determinados contextos, o que pode comprometer a qualidade do diagnóstico e do tratamento.

Palavras-chave: TDAH, Medicalização, Avaliação Psicológica, Psicólogos clínicos, Diagnóstico Infantil.

E-mail: khamilaf@gmail.com

ABSTRACT

In Brazil, the medicalization of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has increased in recent years, highlighting the need to understand how diagnosis and psychological assessment are carried out in clinical practice. This study aimed to investigate how clinical psychologists evaluate children with ADHD, identifying the criteria used, the instruments applied, and the strategies adopted in professional practice. The research followed a qualitative design with a field study approach and involved six clinical psychologists who work with children aged 0 to 12 years. Participation consisted of attending an in-person interview scheduled according to the participants' availability. The data collection instrument was a semi-structured interview guide developed by the researchers. Each interview lasted approximately 40 minutes and was conducted by a pair of researchers. The audio recordings were fully transcribed and later analyzed using content analysis techniques. Participants emphasized that diagnosis should not be limited to the child's isolated behaviors but should consider the impact of these behaviors on the child's daily routine. It is also noteworthy that the psychologist's work involves a comprehensive process of assessment, active listening, and guidance for both families and schools. Furthermore, the findings indicate that the ADHD diagnosis should not be the psychologist's sole responsibility; rather, a multidisciplinary approach is needed to ensure a comprehensive understanding of the child by integrating clinical, pedagogical, medical, and family practices. The results revealed that, in the practice of clinical psychologists, central objectives include welcoming the child and their family, understanding the psychological distress involved, identifying functional impairments, integrating information from different contexts, and promoting appropriate and personalized interventions. Strategies beyond medication were also highlighted, such as psychotherapy, parental support, and school guidance. However, several challenges were identified that hinder this process, including resistance from some parents or guardians to accept the diagnosis, social pressure for quick solutions, confusion between ADHD and other disorders or emotional difficulties, and the influence of medicalization, which tends to reduce the complexity of the phenomenon to a purely biological explanation. Additionally, the lack of preparation among some health and education professionals, as well as limited resources in certain contexts, can compromise the quality of diagnosis and treatment.

Keywords: ADHD, Medicalization, Psychological Assessment, Clinical Psychologists, Childhood Diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentação do tema	9
1.2 Revisão de literatura	11
1.2 Objetivos	23
1.3.1 Objetivo Geral:	23
1.3.2 Objetivos Específicos:	23
1.4 Hipóteses	24
1.5 Justificativa.....	24
2 MÉTODO.....	26
2.1 Participantes.....	26
2.2 Instrumentos.....	26
2.3 Aparatos de pesquisa	27
2.4 Procedimento de coleta de dados	27
2.5 Procedimento de análise de dados	28
2.6 Ressalvas éticas.....	28
3 RESULTADOS.....	30
3.1 Entrada no Campo	30
3.2 Características Demográficas e de Formação Profissional dos Participantes.....	32
3.3 Análise das entrevistas.....	33
3.3.1 Sinais centrais do TDAH	33
3.3.2 Encaminhamentos para a avaliação psicológica.....	35
3.3.3 Processo de avaliação psicológica.....	36
3.3.4 Dificuldades e equívocos no diagnóstico do TDAH.....	38

3.3.5 Desafios clínicos no diagnóstico do TDAH.....	40
3.3.6 Encaminhamentos finais e Pós-diagnósticos	42
3.3.7 Medicação e outras Estratégia de Intervenção	43
3.3.8 Outros	45
4 DISCUSSÃO	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	73
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

A medicalização tem sido objeto de intenso debate no âmbito das ciências sociais e da saúde. Este conceito pode ser definido como uma tendência de transformar experiências subjetivas e comportamentos considerados desviantes em doenças mentais. Essa prática consiste na aplicação de diagnósticos médicos e tratamentos farmacológicos a condições que, em muitos casos, poderiam ser compreendidas e abordadas por meio de outros recursos, como terapias psicológicas e intervenções sociais (Brzozowski, 2013). A medicalização de comportamentos pode ter implicações significativas, afetando não apenas a autoestima daqueles que são rotulados, mas também moldando a maneira como a sociedade os percebe (Rozeira; Silva, 2021).

Essa tendência é particularmente evidente no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), um transtorno do neurodesenvolvimento, que pode ser caracterizado por sintomas predominantemente desatentos, hiperativo/impulsivo ou combinado. A desatenção, por exemplo, manifesta-se como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização, aspectos que não resultam de desafio ou falta de compreensão (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014).

No processo de diagnóstico psicológico, a prática clínica de avaliação valida o uso de diversas ferramentas para o diagnóstico de TDAH. O profissional, ao realizar uma avaliação, deve empregar técnicas complementares (observações, entrevistas, escalas, testes, técnicas projetivas), de forma a obter informações diversificadas e representativas do sujeito, o que vai ao encontro das noções mais atuais referentes a processos de avaliação psicológica (Benczik *et al.*, 2009).

A avaliação psicológica para o diagnóstico do TDAH deve considerar não apenas os sintomas apresentados pela criança, mas também o contexto em que a criança está inserida. Uma análise biopsicossocial é fundamental para que o diagnóstico seja preciso e as intervenções sejam eficazes. (APA, 2014). Carneiro (2012) destaca que, ao escutar atentamente os pais e inseri-los no processo de diagnóstico e intervenção, é possível entender melhor o que de fato pertence à queixa da criança e o que pode estar relacionado aos pais.

Sobretudo, é necessária a análise de todo o contexto da criança para orientar a intervenção adequada. Como contraponto à visão que atribui a desatenção ou hiperatividade a uma área específica do cérebro que não está funcionando corretamente, o que justificaria a prescrição de medicação para ativá-la (Leonardo; Silva, 2022), não se deve basear unicamente nos comportamentos observados e nos relatos de pais e professores para decidir o uso de medicamentos. Cabe ao profissional o domínio do conhecimento teórico e dos métodos de avaliação a serem empregados, levando em conta também a subjetividade do sujeito. Adicionalmente, a análise crítica dos contextos é crucial para entender como a medicalização do TDAH se manifesta e quais são suas implicações no desenvolvimento infantil. A criança se desenvolve em constante interação com seu ambiente social e cultural. Para uma compreensão completa, é necessário analisar como os fatores biológicos, sociais e culturais se entrelaçam e influenciam seu crescimento. (Gallo; Alencar, 2012).

Dessa forma, a decisão de medicar deve ser tomada em conjunto com a família, levando em consideração o contexto escolar, a fim de minimizar os possíveis efeitos colaterais da medicação e otimizar o desenvolvimento da criança (Rozeira; Silva, 2021).

De acordo com Vizotto e Ferrazza (2017), a medicalização na infância, particularmente no contexto da prescrição de psicofármacos, demanda uma análise crítica e abrangente. O papel do psicólogo clínico é crucial não apenas na avaliação e diagnóstico das condições, mas também na compreensão dos contextos familiares, escolares e sociais que influenciam o desenvolvimento da criança. Embora, discuta-se amplamente a medicalização e a banalização da prescrição de medicamentos, é essencial que o psicólogo, em colaboração com médicos e outros profissionais de saúde, garanta que qualquer tratamento farmacológico seja acompanhado de intervenções terapêuticas que promovam o desenvolvimento integral da criança, sendo estas intervenções muitas vezes trabalhadas junto a uma equipe multidisciplinar, sendo o papel do psicólogo clínico atuar também como um facilitador na comunicação entre a equipe, família e a escola, ajudando a criar um ambiente mais coeso e favorável para a gestão dos sintomas e o apoio à criança (Vizotto; Ferrazza, 2017).

Deste modo, os seguintes aspectos teóricos serão abordados a seguir para fundamentar o tema da presente pesquisa: critérios diagnósticos do TDAH; avaliação e tratamento do TDAH; atuação do psicólogo clínico no TDAH.

1.2 Revisão de literatura

A Psicologia do Desenvolvimento estuda as mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais que ocorrem ao longo da vida humana. Papalia e Feldman (2013) destacam que o ciclo vital compreende todas as fases da vida, cada uma com características e desafios específicos. Os padrões gerais de desenvolvimento não são fixos e universais, variam de acordo com contextos culturais e históricos.

A infância é um período do ciclo vital no qual ocorrem mudanças rápidas no funcionamento cerebral e na aquisição de habilidades de autorregulação, linguagem e interação com o ambiente (Papalia; Feldman, 2013). Neste sentido, o desenvolvimento infantil é conceituado por diversas teorias que consideram dimensões como a cognitiva, motora, afetiva e social. No passado, a criança era vista como passiva, moldada por influências ambientais ou biológicas. Hoje, entende-se que as crianças, junto com seus cuidadores, desempenham um papel ativo no processo de crescimento, interagindo com seus ambientes e compreendendo o contexto cultural e histórico em que estão inseridos, o que afeta diretamente seu desenvolvimento (Gallo; Alencar 2012). Além disso, outros fatores como socioeconômicos, nutricionais e cuidados na infância também interferem significativamente no desenvolvimento infantil (Munhoz *et al.*, 2022).

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e multifacetado que envolve a interação de fatores biológicos, emocionais, sociais e cognitivos. Durante os primeiros anos de vida, a criança passa por etapas fundamentais que incluem o desenvolvimento motor, a aquisição da linguagem e a regulação emocional. Esses marcos são influenciados tanto por aspectos genéticos quanto pelo ambiente em que a criança está inserida, como interações com familiares e no contexto escolar. A comunicação, por exemplo, depende não apenas da maturação neurológica, mas também das interações interpessoais e das experiências linguísticas que a criança vivencia (Rotta *et al.*, 2015). Qualquer descompasso nesse processo pode impactar o aprendizado e a socialização, tornando essencial a identificação precoce de possíveis dificuldades para intervenções adequadas (Soares; Silva; Zuanetti, 2017).

Souza *et al.* (2024) indicam que muitas crianças também demonstram desafios no desenvolvimento da linguagem expressiva e fonológica, sendo frequente a presença de déficits em vocabulário e dificuldades pragmáticas, como a dificuldade de manter uma conversa adequada, por exemplo, interrompendo o interlocutor

com frequência ou não respeitando as regras de turnos de fala. Dessa forma, ao compreender a relação entre o desenvolvimento infantil e o TDAH, é possível pensar em estratégias educacionais e terapêuticas que considerem essas dificuldades de linguagem e comunicação, para que sejam aplicadas minimizando os impactos dessas dificuldades e promovendo intervenções mais adequadas, para um crescimento mais equilibrado.

Nesse sentido, torna-se essencial aprofundar a compreensão da infância dentro da psicologia do desenvolvimento. Trata-se de um período marcado por intensas mudanças e aprendizados cerebrais, no qual experiências moldam o desenvolvimento das funções cognitivas, emocionais e sociais (Crespi *et al.*, 2023). É preciso atentar-se às variações individuais do desenvolvimento. Comportamentos como agitação, desatenção ou impulsividade podem ser respostas naturais a contextos ambientais específicos (Girão; Colaço, 2018). Comportamentos considerados atípicos podem ser respostas a contextos desfavoráveis, e não necessariamente indicativos de um transtorno. Assim, é essencial que profissionais da saúde e da educação adotem uma perspectiva abrangente ao avaliar e intervir no desenvolvimento infantil. Quando reduzem comportamentos típicos da infância a sintomas clínicos, corre-se o risco de antecipar tratamentos farmacológicos e negligenciar abordagens pedagógicas, psicossociais e familiares que poderiam ser mais eficazes. Além disso, quando olhadas dentro do contexto de vida da criança, os profissionais valorizam estratégias pedagógicas inclusivas e respeitando o tempo de desenvolvimento de cada criança (Brasil, 2022).

Deste modo, quando comportamentos desviantes são analisados fora do contexto do ciclo vital, do entendimento sobre as etapas esperadas do desenvolvimento infantil, corre-se o risco de interpretá-los de maneira precipitada, como sintomas de um transtorno do neurodesenvolvimento. Esse tipo de interpretação descontextualizada pode desconsiderar a falta de compreensão sobre as variações do desenvolvimento, e a fase adaptativa, podendo levar a intervenções inadequadas, como a medicalização precoce (Guarido; Voltolini, 2009).

Isso reforça a importância de uma atuação que inclui vários profissionais, para que una conhecimentos da neurociência, psicologia do desenvolvimento, psicologia clínica e educação infantil. A neurociência aplicada à educação tem mostrado que a estimulação adequada na primeira infância, vem sendo mais eficaz quando estimulam

a criança no seu meio de brincar, do afeto e da linguagem do que intervenções medicalizantes precoces (Silva; Salaza, 2016).

Na atualidade, observa-se que no contexto do diagnóstico do TDAH é indispensável considerar cuidadosamente os comportamentos típicos da infância. Segundo Papalia e Feldman (2013), é comum que crianças pequenas apresentem agitação motora, baixa tolerância à frustração e dificuldade em manter o foco, características que fazem parte do desenvolvimento esperado nessa fase. Portanto, tais comportamentos não devem ser automaticamente interpretados como indícios de um transtorno, exigindo avaliação criteriosa.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento, que pode ser caracterizado por sintomas predominantemente desatentos, hiperativo/impulsivo ou combinado. O diagnóstico de TDAH requer a presença de sintomas persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que causem prejuízo funcional significativo, manifestando-se em dois ou mais contextos e com início antes dos 12 anos de idade (APA, 2022).

Além disso, o ambiente familiar, as práticas de cuidado e o histórico de desenvolvimento devem ser cuidadosamente considerados. A qualidade da interação entre a criança e seus cuidadores, a consistência das rotinas e a estimulação cognitiva e emocional têm impacto direto sobre o comportamento e o desenvolvimento da atenção e do autocontrole (Papalia, Feldman, 2013).

Portanto, o acompanhamento de um possível diagnóstico de TDAH em crianças pequenas deve ser multidisciplinar e contínuo, evitando conclusões precipitadas. Como enfatizam Papalia e Feldman (2013), compreender profundamente os aspectos do desenvolvimento infantil é essencial para diferenciar comportamentos dentro da variação esperada daqueles que realmente configuram um transtorno, contribuindo para uma abordagem mais ética e eficaz no cuidado à saúde mental infantil.

O diagnóstico de TDAH em crianças exige um procedimento estruturado, cuidadoso e multidimensional, que vá além da simples observação de comportamentos dispersos ou agitados (Graeff e Vaz, 2008). A primeira etapa desse processo geralmente envolve uma anamnese minuciosa, que busca reunir informações sobre o histórico médico, comportamental, escolar e familiar da criança, além de considerar relatos de pais, professores e outros cuidadores (Graeff e Vaz,

2008). Essa abordagem é necessária, pois o TDAH é um transtorno que se manifesta em múltiplos contextos, e a consistência dos sintomas em diferentes ambientes é um dos critérios estabelecidos pelo DSM-5 para o diagnóstico (APA, 2014). Segundo esse manual, é necessário que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade estejam presentes por pelo menos seis meses e causem prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional da criança (APA, 2014). Portanto, o uso de critérios bem definidos e a coleta de múltiplas fontes de informação são essenciais para assegurar a validade diagnóstica (Donizetti, 2022).

A avaliação de crianças com suspeita de TDAH requer a colaboração de diferentes profissionais, como psicólogos, psiquiatras e pedagogos. A coleta de informações junto a pais e professores é essencial para construir um quadro mais completo do comportamento da criança. No entanto, como apontam Missawa e Rossetti (2014), a concordância entre os relatos pode variar, e o diagnóstico deve considerar a complexidade do quadro, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, a abordagem multidisciplinar é fundamental para um diagnóstico criterioso e fidedigno que considere não somente aspectos comportamentais e cognitivos, mas também os aspectos escolares, familiares e sociais (Effgem *et al.*, 2017).

Apesar da existência de critérios objetivos, o processo diagnóstico também envolve interpretações subjetivas por parte do profissional, as quais podem ser influenciadas por sua formação teórica, experiência clínica e até pelas demandas institucionais envolvidas na avaliação (Oliveira, 2023). Por isso, é necessário que o psicólogo, particularmente o psicólogo que atua na área da Psicologia Clínica, adote uma postura crítica diante das manifestações sintomáticas, evitando reduções que desconsiderem aspectos emocionais ou contextuais relevantes (Oliveira, 2023). Avaliações centradas apenas em comportamentos observáveis, sem a devida contextualização, correm o risco de diagnosticar erroneamente crianças que estão expressando sofrimento psíquico decorrente de experiências familiares adversas, dificuldades escolares ou condições sociais vulneráveis (Oliveira, 2023).

Para complementar a avaliação clínica, diversos instrumentos padronizados são utilizados, tais como escalas comportamentais e testes neuropsicológicos (Graeff; Vaz, 2008). Esses instrumentos são aplicados a diferentes respondentes, especialmente pais e professores, e têm como objetivo verificar a frequência e intensidade de comportamentos típicos do TDAH em ambientes distintos (Effgem *et*

al., 2017). Além disso, testes neuropsicológicos e tarefas de atenção sustentada ou controle inibitório ajudam a avaliar funções cognitivas comprometidas frequentemente associadas ao transtorno (Effgem *et al.*, 2017). No entanto, mesmo esses recursos devem ser interpretados com cautela e sempre em articulação com os demais dados clínicos, para evitar diagnósticos baseados exclusivamente em pontuações (Donizetti, 2022).

O ambiente familiar também deve ser considerado de forma central no processo diagnóstico, pois exerce influência significativa tanto na origem quanto na manutenção de determinados comportamentos (Pires *et al.*, 2012). Crianças que vivem em lares marcados por instabilidade emocional, conflitos frequentes, ausência de rotina ou negligência podem apresentar sinais semelhantes aos do TDAH, mas que são respostas adaptativas ao contexto vivido (Pires *et al.*, 2012). Por isso, é necessário diferenciar com atenção os sintomas decorrentes de quadros neurobiológicos daqueles que surgem em função de fatores psicossociais (Souza *et al.*, 2024). A escuta qualificada dos responsáveis, a observação das dinâmicas familiares e a análise das condições de vida da criança são etapas essenciais para a construção de um diagnóstico ético e fundamentado (Pires *et al.*, 2012).

Um diagnóstico bem fundamentado, construído a partir de múltiplas fontes e critérios técnicos claros, contribui para um planejamento terapêutico eficaz e respeitoso, voltado à promoção da saúde emocional e ao desenvolvimento integral da criança (Donizetti, 2022).

Ressalta-se que a interação entre o ambiente social e o desenvolvimento humano é complexa. Durante a infância e adolescência, os modelos de comportamento e os valores culturais transmitidos pela família, escola e comunidade desempenham um papel fundamental na formação da identidade e na adaptação social dos jovens (Krominski *et al.*, 2020). Os pais, em particular, têm um papel crucial nesse processo, não apenas transmitindo conhecimento e valores, mas também estabelecendo limites que auxiliam no desenvolvimento saudável das crianças, proporcionando-lhes uma compreensão mais profunda da realidade e ajudando-as a assumir responsabilidades (Mainard; Okamoto, 2017).

No entanto, Lima e Santos (2021) abordam que se a criança apresenta padrões de comportamentos destoantes do esperado em termos de desenvolvimento infantil, ela pode ser diagnosticada com um transtorno mental e ser tratada a partir de medicação, condições frequentemente observadas em crianças que são

diagnosticadas com TDAH. Neste sentido, a medicalização é um processo que vai além da prescrição de medicamentos, transformando vivências humanas em categorias diagnósticas. E de forma complementar Pascoal *et al.* (2018) trazem que essa prática, ao reduzir o indivíduo a um diagnóstico, reforça a tendência de rotular e estigmatizar, limitando a compreensão da complexidade da experiência humana.

Segundo Gonçalves (2016), a escola desempenha um papel fundamental para a socialização e mediação entre as fases do desenvolvimento do ciclo vital, e as expectativas sociais. As práticas pedagógicas que não consideram os contextos sociais e as fases do desenvolvimento de cada criança, podem contribuir para interpretações equivocadas do comportamento infantil resultando em diagnósticos e intervenções inadequadas em consideração aos sintomas do TDAH. Quando conduzidas de forma adequada, as práticas pedagógicas e relações familiares podem proporcionar o suporte necessário.

Além disso, a escola assume um papel ainda mais amplo nesse processo ao funcionar como um dispositivo de controle, no qual comportamentos naturais da infância passam a ser vistos como distúrbios que exigem intervenção farmacológica (Mota, 2019). A imposição de padrões rígidos de normalidade estabelece expectativas sobre atenção, disciplina e aprendizado, desconsiderando a diversidade dos processos de desenvolvimento infantil (Guarido; Voltolini, 2009). Como resultado, a escola se torna não apenas um espaço de aprendizagem, mas também um local de vigilância e regulação dos corpos infantis, reforçando práticas que priorizam a obediência e a conformidade em detrimento da criatividade e da autonomia (Luengo, 2010). Esse cenário é sustentado pela influência de discursos médicos e neurocientíficos que naturalizam o uso de medicamentos como solução para dificuldades escolares, sem considerar alternativas pedagógicas que respeitem a diversidade dos processos de ensino e aprendizagem (Moysés; Collares, 2013).

O espaço escolar é um dos principais contextos em que os sintomas do TDAH se manifestam, e muitas vezes é o local onde as primeiras suspeitas são levantadas (Granjeao, Junior e Souza, 2023). Nesse processo, grande parte dos encaminhamentos é feita pelas escolas; professores e educadores que acompanham as crianças diariamente e encaminham para avaliação quando percebem comportamentos desviantes. Além deles, há uma prevalência de encaminhamentos por parte dos médicos, especialmente da área da neuropsiquiatria, e, quando

necessário, encaminham para outras áreas, como psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas (Effgem *et al.*, 2017).

Contudo, os professores podem não estar capacitados para distinguir entre comportamentos esperados da infância e sinais clínicos de um transtorno, o que pode resultar em encaminhamentos excessivos e diagnósticos precipitados (Granjeao, Junior e Souza, 2023). A lógica escolar, com foco em disciplina, rendimento e padronização de condutas, tende a ter baixa tolerância à diversidade comportamental, contribuindo para o aumento de diagnósticos de TDAH como forma de regulação da conduta infantil (Carvalho *et al.*, 2022). Diante disso, é indispensável que os profissionais da educação recebam formação contínua e atuem em parceria com psicólogos, a fim de compreender as manifestações infantis em sua complexidade (Granjeao, Junior e Souza, 2023).

Essa tendência de transformar comportamentos em condições médicas está intimamente ligada ao processo de medicalização, que rotula comportamentos divergentes como patológicos e promove uma visão reducionista do ser humano. Essa abordagem fragmenta o sujeito, ignorando as complexas relações sociais e históricas que moldam a experiência humana. A medicalização contribui para a tendência crescente de medicalizar a vida cotidiana, culpabilizando os indivíduos por comportamentos que são, na verdade, respostas a condições sociais adversas, ignorando os contextos socioeconômicos que influenciam essas divergências (Silva; Tuleski, 2015).

No contexto escolar, esse processo se intensifica, transformando dificuldades de aprendizagem em questões biomédicas e reforçando uma tendência à homogeneização dos modos de ser e aprender dos estudantes (Porto, 2015). Muitas vezes, comportamentos que fogem ao padrão esperado são interpretados como transtornos psicológicos, resultando no encaminhamento precoce de crianças para avaliação psiquiátrica e uso de medicamentos. Esse fenômeno é impulsionado pelo discurso neurocientífico amplamente disseminado nos meios de comunicação e na formação de professores, podendo reduzir a compreensão do TDAH a um viés estritamente biológico, desconsiderando fatores socioculturais e pedagógicos que influenciam o comportamento infantil (Cruz; Okomato; Ferrazza, 2016). Diante disso, é fundamental problematizar a naturalização da medicalização no contexto escolar, incentivando práticas pedagógicas que respeitem a singularidade dos estudantes e

promovam formas alternativas de apoio à aprendizagem (Christofari; Freitas; Baptista, 2015).

A colaboração entre diversos profissionais da saúde facilita a criação de um tratamento especializado e descarta outras comorbidades. O diagnóstico de TDAH parece estar difundido nas diversas áreas da saúde o que facilita a comunicação e colaboração entre os profissionais. O médico utiliza de testes clínicos, coleta de informações sobre o desenvolvimento da criança com a família e critérios estabelecidos pelo DSM-5 (APA, 2014)., os psicólogos podem ajudar identificar aspectos emocionais que colaboram para o aparecimento dos sintomas. A atuação conjunta entre fonoaudiólogos e fisioterapeutas favorece uma compreensão mais integrada das dificuldades relacionadas a coordenação motora, de desenvolvimento da linguagem e processamento auditivo (Effgem *et al.*, 2017).

Entretanto, em alguns contextos, como abordado na pesquisa de Effgem *et al.* (2017), essa abordagem multidisciplinar apresenta limitações na prática clínica. Em serviços com recursos mais limitados, como os oferecidos em certas unidades da rede pública, a escassez de especializações na área, a falta de recursos e a alta demanda podem levar a um diagnóstico restrito feito somente pelo médico. Neste contexto, há menor ênfase em aspectos psicomotores e de linguagem, e o tratamento tende a ser centrado no uso de medicamentos.

Ressalta-se que o tratamento do TDAH deve ser individualizado e abrangente, destacando-se pela integração de abordagens psicossociais e multidisciplinares, que exigem a colaboração entre profissionais como psicólogos, psicopedagogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Esses profissionais atuam em conjunto para identificar necessidades específicas da criança, alinhando práticas terapêuticas a seu contexto sociocultural. Assim, a rede de apoio, que pode ser composta por familiares (pais, avós, tios, irmãos) e educadores, desempenha um papel central no processo, pois oferecem suporte emocional e informações valiosas sobre o cotidiano da criança, como dificuldades de aprendizagem, interações sociais.

Conforme Bertoldo, Feijó e Benetti (2018), o objetivo central dessas intervenções é reestruturar dinâmicas cotidianas, promovendo ambientes adaptativos que estimulem o crescimento integral. Como reforçado por Effgem *et al.* (2017), a participação familiar não é apenas complementar, mas estrutural para a eficácia das intervenções no tratamento do TDAH, com atividades práticas como cronogramas visuais para organização de tarefas e exercícios de autorregulação que fortalecem

limites, rotinas e autonomia infantil. A integração entre profissionais e a rede de apoio amplia a efetividade do tratamento, assegurando a aplicação coerente das estratégias em espaços escolares, domiciliares e terapêuticos.

Em relação às intervenções que podem ser realizadas no tratamento do TDAH, muitos psiquiatras e neurologistas consideram a medicação como uma das principais formas de tratamento, sendo o metilfenidato, o psicoestimulante mais recomendado. Contudo, o uso dessa substância é controverso, sendo objeto de pesquisa e debate entre profissionais da saúde. Os especialistas recomendam uma avaliação cuidadosa antes de prescrever o medicamento, considerando seus riscos e benefícios e monitorando rigorosamente os efeitos colaterais, especialmente em crianças em fase de desenvolvimento (Pascoal *et al.*, 2018).

Em relação às crianças, Lima e Santos (2021), apontam que o diagnóstico de TDAH em crianças pode afetar de forma tão prejudicial quanto em um adulto, podendo perdurar durante a existência do indivíduo. Isso porque ao receberem um rótulo desde a infância, essas crianças passam a ser vistas, e a se ver, a partir dessa classificação, podendo limitar a forma como elas se percebem, influenciar suas relações sociais e até mesmo afetar seu desempenho escolar, criando um ciclo difícil de romper. Lima e Santos (2021) apontam também que esse processo gera efeitos subjetivos, nos quais a criança passa a se identificar com a ideia de que possui um transtorno, o que pode levá-la a acreditar que não é capaz de se comportar de forma diferente ou de alcançar certas metas. Além disso, o tratamento medicamentoso, comumente indicado nesses casos, também interfere nessa construção subjetiva, afetando o modo como a criança se sente e se relaciona com o mundo ao seu redor. Assim, o diagnóstico, em vez de apenas oferecer suporte, pode acabar atuando como uma forma de controle e adaptação a normas sociais rígidas, fazendo com que a criança seja moldada para se encaixar em padrões considerados aceitáveis.

Diante desse cenário, é preciso refletir sobre como o diagnóstico psiquiátrico e o uso de medicamentos impactam a forma como a criança passa a compreender a si mesma. Ao receber um rótulo clínico, a criança pode internalizar uma identidade patologizada, afetando sua autoestima e suas relações escolares. Jafferian e Barone (2015) apontam que, muitas vezes, esses diagnósticos não respondem a uma demanda real, mas funcionam como instrumentos de adequação a normas escolares. Nesse processo, a medicação se institui como estratégia dominante, não apenas como tratamento, mas como forma de controle social. Kamers (2013) enfatiza que a

medicalização tem ocupado o lugar de resposta imediata e pouco dialógica a problemas que seriam, na verdade, de ordem pedagógica ou afetiva. Assim, a escola assume um papel de legitimação de verdades produzidas pelo discurso médico, silenciando a subjetividade das crianças e ignorando a pluralidade de experiências que compõem o desenvolvimento humano.

Pinto e Tavares (2016) afirmam que a forma de diagnóstico do TDAH deve considerar intervenções psicossociais, educacionais e farmacológicas, destacando uma visão que leva em conta a intervenção medicamentosa, em específico o uso de psicoestimulantes. Em contrapartida, o Conselho Federal de Psicologia (2012) afirma que, apesar da importância dos psicofármacos, especialmente os psicoestimulantes, no tratamento de transtornos infantis, essa abordagem tem sido criticada por limitar as possibilidades de construção de um futuro alternativo e por contribuir para a criação de um mercado altamente lucrativo dominado pela indústria farmacêutica. Em um mundo globalizado, no qual a atenção é constantemente disputada e a hiperatividade aumenta, o TDAH surge como um fenômeno complexo e desafiador. Assim, a medicalização frequentemente surge como uma resposta comum para sintomas que exigem uma compreensão mais ampla e integrada (Peixoto; Rodrigues, 2008).

O conceito de medicalização é amplamente debatido na atualidade, sendo visto como uma solução para comportamentos considerados desviantes, mesmo na ausência de uma condição médica identificável. Muitos desses comportamentos são classificados como transtornos mentais ou sintomas dos mesmos (Brzozowski, 2013). Na psicologia, a medicalização se manifesta na tendência de diagnosticar e tratar comportamentos normais ou variações emocionais como doenças que requerem intervenção médica, geralmente, por meio de psicofármacos, negligenciando alternativas psicossociais ou terapêuticas (Braghini, 2016; Sanches, 2014).

Como apontam Jafferian e Barone (2015) e Sanches e Amarante (2014), a medicalização excessiva pode ter consequências prejudiciais para a qualidade de vida e os relacionamentos das pessoas. Lima e Santos (2021) retomam essa discussão sobre as consequências da medicalização, destacando que ela assume um viés de normalização da vida, compreendida como uma forma de regular o que é considerado certo ou errado. Nesse processo, há uma tendência à patologização como estratégia de controle e como forma de moldar pensamentos, comportamentos e modos de viver. Os autores também discutem os efeitos relacionados ao uso de medicação, especialmente no tratamento do TDAH, indicando que o uso de substâncias como o

metilfenidato pode gerar impactos significativos na percepção de si e na relação do indivíduo com o mundo ao seu redor.

Dessa maneira, a forma como os diagnósticos são feitos deve ser cuidadosamente considerada. Pascoal *et al.* (2018) argumentam que é necessário problematizar o discurso patologizador sobre crianças com transtornos neurológicos, que não abarca outros fatores além do biológico. Jafferian e Barone (2015) complementam essa visão, alertando que o diagnóstico pode gerar uma rotulação prejudicial e que é essencial entender como essa rotulação afeta negativamente a vida dos indivíduos. Lima e Santos (2021), por sua vez, corroboram com essa visão afirmando que o indivíduo fica estigmatizado com o diagnóstico, em específico de TDAH, podendo esse sujeito ser visto ou até mesmo tratado de forma desrespeitosa. Assim, o diagnóstico se torna uma ferramenta que precisa ser cuidadosamente problematizada, evidenciando a importância de compreender, de forma ampla, o que ele representa na vida da pessoa e de que maneira pode impactá-la, especialmente diante dos estigmas que acompanham certos rótulos clínicos.

Sanches e Amarante (2014) seguem uma linha de raciocínio semelhante, afirmando que o processo de medicalização transforma as experiências de vida em uma racionalidade médica, medicalizando o sujeito e reduzindo-o a portador de uma doença. Essa perspectiva levanta questões sobre como o sujeito é percebido pela sociedade e o impacto dessa percepção em sua vida.

No caso de crianças, o diagnóstico demanda uma abordagem que considere os estágios de desenvolvimento e as particularidades de cada fase. É fundamental reconhecer que os comportamentos infantis estão em constante transformação e podem ser influenciados por diversos fatores, como o contexto familiar, escolar e social. A medicalização excessiva, que ignora esses aspectos, pode levar a diagnósticos equivocados e tratamentos inadequados (Pascoal *et al.*, 2018).

Deste modo, o psicólogo como profissional da saúde mental que realiza diagnóstico deve se pautar na Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 23, de 13 de outubro de 2022, que estipula que o psicólogo clínico deve conduzir sua prática psicoterapêutica com base em conhecimentos científicos e princípios éticos, considerando a singularidade de cada sujeito. No que se refere ao diagnóstico, a resolução orienta que este não deve ser utilizado de forma reducionista ou estigmatizante, mas sim como um recurso para compreender a complexidade do sofrimento psíquico e direcionar intervenções adequadas.

O psicólogo clínico deve reconhecer que os diagnósticos não definem a totalidade do indivíduo, mas fazem parte de um processo dinâmico que envolve fatores emocionais, sociais, culturais e biológicos. Dessa forma, sua atuação deve ir além da classificação dos sintomas, priorizando uma escuta atenta e um cuidado integral, que promovam a saúde mental e o bem-estar do paciente. (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

O diagnóstico dos transtornos mentais exige do psicólogo clínico um profundo conhecimento dos critérios diagnósticos específicos de cada distúrbio. Essa expertise permite diferenciar com precisão quadros clínicos semelhantes, garantindo a escolha de tratamentos adequados e eficazes (Beltrame; Gesser; Souza, 2019). No entanto, é fundamental considerar que os sintomas de um transtorno mental são influenciados por diversos fatores, incluindo o contexto social e cultural do indivíduo (Pascoal *et al.*, 2018).

A atuação do psicólogo clínico deve transcender uma visão fragmentada do desenvolvimento infantil, integrando conhecimentos sobre os processos cognitivos, emocionais e sociais. Ao compreender as particularidades de cada criança, o profissional poderá oferecer intervenções mais eficazes e personalizadas, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento pleno do indivíduo (Neves; Souza, 2022).

É fundamental reconhecer que o diagnóstico não se configura como uma verdade absoluta, mas como uma ferramenta para auxiliar na elaboração de um plano de intervenção individualizado. Quando presente o diagnóstico de transtorno mental se torna uma peça crucial nesse processo, oferecendo informações valiosas para a compreensão do caso (Vieira, 2005).

Como apontado por Silva e Canavêz (2017), a Psicologia Clínica deve atuar de forma crítica diante da crescente medicalização de transtornos como o TDAH. Um exemplo prático desse desafio pode ser observado em um cenário comum nas clínicas: uma criança de oito anos é encaminhada para avaliação com queixas de hiperatividade e dificuldades de concentração. Imediatamente, surge a pressão de professores e até mesmo dos pais para a prescrição de medicamentos. No entanto, ao aprofundar a investigação, o psicólogo clínico descobre que a criança está passando por conflitos familiares significativos e frequentes mudanças no ambiente escolar. Esse contexto, muitas vezes ignorado, evidencia a importância de uma abordagem integrativa.

Silva e Canavêz (2017) enfatizam que a medicalização tende a rotular comportamentos, desconsiderando a complexidade das influências sociais e emocionais sobre o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, o papel do psicólogo não deve se limitar ao uso de diagnósticos e tratamentos farmacológicos, mas incluir a promoção de estratégias terapêuticas que considerem o sujeito em sua totalidade. Apenas, assim, é possível garantir um desenvolvimento saudável, respeitando a singularidade de cada criança e evitando soluções simplificadas para problemas complexos.

Sabendo dos desafios presentes no desenvolvimento infantil, levanta-se a questão: quais são os critérios utilizados por psicólogos clínicos para realizar o diagnóstico de TDAH em crianças?

1.2 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Identificar quais os critérios utilizados por psicólogos clínicos para realizar o diagnóstico de TDAH em crianças.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Investigar como os psicólogos clínicos realizam a avaliação do TDAH em crianças, em termos de critérios adotados, instrumentos empregados e pessoas ouvidas para compor o diagnóstico.
2. Verificar como o psicólogo clínico aborda os aspectos sociais, culturais e econômicos da vida da criança para elaborar o diagnóstico e propor o tratamento do TDAH.
3. Levantar quais são os encaminhamentos feitos pelo psicólogo clínico para compor o diagnóstico e tratamento do TDAH em crianças.
4. Identificar as alternativas não medicamentosas adotadas pelos psicólogos clínicos para o tratamento de TDAH em crianças.

1.4 Hipóteses

1. Os critérios de diagnóstico empregados pelos psicólogos clínicos para compor o diagnóstico do TDAH em crianças serão restritos aos critérios nosológicos descritos por manuais como o DSM-5 (APA, 2014).
2. O psicólogo clínico considerará os aspectos sociais, culturais e econômicos durante o diagnóstico de TDAH, mas não considerará a influência desses fatores externos como causas ou explicações dos comportamentos da criança.
3. Os encaminhamentos mais realizados pelos psicólogos clínicos para compor o diagnóstico do TDAH em crianças serão para neurologistas, pediatras e psiquiatras.

1.5 Justificativa

O aumento no diagnóstico e tratamento medicamentoso do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças tem gerado debates sobre a medicalização excessiva e seus impactos no desenvolvimento infantil (Beltrame; Gesser; Souza, 2019). A prevalência crescente do diagnóstico de TDAH, associada ao aumento da prescrição de medicamentos psicoestimulantes, como evidenciado por Cruz *et al.* (2016), exige uma análise crítica das práticas diagnósticas e terapêuticas.

A investigação científica sobre essa temática pode aprofundar a discussão, analisando como a ênfase em causas biológicas e o consequente aumento da prescrição de medicamentos podem limitar a compreensão e o tratamento do TDAH em crianças. Ao explorar a importância de uma abordagem mais completa, que considere fatores sociais, culturais e contextuais, além dos biológicos, pode colaborar para a construção de práticas diagnósticas e terapêuticas mais adequadas para crianças diagnosticadas com TDAH.

Pascoal *et al.* (2018) argumentam que há uma tendência crescente de diagnóstico e tratamento farmacológico do TDAH, muitas vezes sem uma avaliação abrangente dos fatores socioculturais e contextuais que podem influenciar o comportamento das crianças. Brzozowski (2013) alerta para os perigos da medicalização, que pode transformar experiências subjetivas em doenças mentais. No caso do TDAH, essa tendência é particularmente preocupante, pois pode levar à rotulação e estigmatização de crianças, como apontam Rozeira e Silva (2021).

A análise crítica dos contextos, defendida por Gallo e Alencar (2012), é fundamental para entender como a medicalização do TDAH se manifesta e quais são suas implicações. A visão reducionista que atribui a desatenção e a hiperatividade a disfunções cerebrais, como sugerem Leonardo e Silva (2022), ignora a complexidade do desenvolvimento infantil e a influência do ambiente social e cultural.

O papel do psicólogo clínico nesse contexto é crucial. Como defendem Vizotto e Ferrazza (2017), o profissional deve ir além do diagnóstico e do tratamento farmacológico, promovendo intervenções que considerem os contextos familiares, escolares e sociais. A avaliação psicológica deve ser abrangente e considerar os aspectos biopsicossociais, como apontam o DSM-V (APA, 2014) e Carneiro (2012).

Além disso, Peixoto e Rodrigues (2008) mostram que intervenções psicossociais, que envolvem suporte familiar e escolar, podem ser tão eficazes quanto ou até mais do que o tratamento isolado com medicamentos. Deste modo, no tratamento do TDAH é importante uma integração de diferentes práticas, que inclua uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogo, psiquiatra, a equipe pedagógica da escola, fonoaudiólogo, psicopedagogo e outras áreas que possam contribuir para a expansão e treinamento de diferentes habilidades e contextos de vida da criança. Deve-se promover uma integração das disciplinas terapêuticas, não apenas a farmacologia, mas também a educação e o apoio emocional (Beltrame *et al*, 2015).

Portanto, ao defender uma abordagem que priorize a consideração dos contextos de vida da criança, considera-se que a prática psicológica deve evoluir para incluir uma avaliação mais completa e contextualizada (Effgem *et al*, 2017). O envolvimento de pais e educadores no processo de avaliação e intervenção é crucial, pois fortalece a rede de apoio necessária para o desenvolvimento saudável da criança e garante melhores resultados no tratamento (Onofre *et al*, 2023).

2 MÉTODO

A presente pesquisa adotou a perspectiva qualitativa de investigação da realidade social, sendo compreendida como um processo de investigação que buscou compreender em profundidade os significados e as experiências humanas em um determinado contexto (Deslandes, 2007, p.21). A pesquisa qualitativa interessou-se pelas particularidades e pela complexidade dos fenômenos sociais, buscando construir teorias a partir da indução dos dados.

Dentre as possibilidades de delineamento da pesquisa qualitativa, foi realizada a pesquisa de campo, definida como um tipo de investigação que ocorre no ambiente natural do fenômeno estudado. Nessa modalidade, o pesquisador interagiu diretamente com os participantes, coletando dados por meio de diversas técnicas, como entrevistas, observação participante e análise de documentos. A pesquisa de campo, como exemplificado por Cruz *et al.* (2016), permitiu um aprofundamento na compreensão das experiências e perspectivas dos sujeitos envolvidos, contribuindo para a construção de um conhecimento mais rico e contextualizado.

2.1 Participantes

A pesquisa contou com a participação de seis psicólogos clínicos que atendiam crianças de 0 a 12 anos de idade. Os critérios de inclusão foram: ser profissional autônomo, sem vínculo institucional; possuir no mínimo três anos de experiência no atendimento clínico a crianças; e ter realizado ao menos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças. Os critérios de exclusão foram psicólogos com menos de um ano de atuação clínica, que possuíam vínculo profissional com instituições e que estavam afastados da área há mais de três anos.

2.2 Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, contendo nove perguntas semiabertas (Apêndice A). O roteiro contemplou as seguintes informações: no primeiro segmento, foram questionados os dados pessoais, profissionais e acadêmicos dos entrevistados; no segundo segmento, apresentaram-se nove perguntas semiabertas que abordaram os critérios, instrumentos e pessoas consultadas pelo psicólogo para realizar a avaliação

psicológica da criança e elaborar o diagnóstico. Também foram abordados os encaminhamentos realizados pelo psicólogo, as estratégias de intervenção empregadas no tratamento do TDAH, bem como a percepção do profissional sobre os contextos de vida da criança, como a escola e as relações com os pares que poderiam contribuir para a construção da avaliação psicológica.

2.3 Aparatos de pesquisa

Para a realização do presente estudo, foram utilizados um celular, papel para anotações, lápis e caneta, aplicativo de gravação de voz no celular, transcrição automática do Microsoft Word, computador com conexão à internet e impressora. Além disso, utilizou-se a plataforma digital *Trello* como recurso no procedimento de análise de dados, a fim de estruturar o discurso dos participantes em temas, facilitando a categorização, comparação e visualização do material coletado.

2.4 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi feito um levantamento a partir da rede de contatos pessoais dos pesquisadores de psicólogos clínicos que atendiam crianças. O contato com os participantes foi realizado principalmente por meio de indicações de colegas e conhecidos dos pesquisadores. Assim, foram selecionados os contatos e estes foram feitos por meio de mensagens enviadas via aplicativos de celular. Neste primeiro contato, os pesquisadores fizeram o convite, explicando os objetivos e procedimentos do estudo. Com os participantes que aceitaram contribuir, foi agendada uma entrevista de acordo com a disponibilidade deles.

A forma de participação consistiu em conceder uma entrevista presencial, que foi agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. A entrevista teve duração aproximada de 40 minutos e foi conduzida por uma dupla de pesquisadores. As entrevistas foram gravadas utilizando um aplicativo de celular, com autorização prévia dos participantes, garantindo que todas as respostas fossem preservadas. Para facilitar o processo de análise, foi utilizada a ferramenta de transcrição automática do Microsoft Word, permitindo uma transcrição rápida e eficiente dos dados.

Antes de cada entrevista, os entrevistadores explicaram os objetivos do estudo e os aspectos éticos envolvidos, garantindo que os participantes se sentissem à vontade. Foram feitas ressalvas éticas a respeito do uso dos dados, informando que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, preservando a identidade dos participantes e a confidencialidade dos dados. Também foi ressaltado que os participantes tinham o direito de não responder a qualquer pergunta que considerassem invasiva ou que causasse desconforto. Os participantes e pesquisadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

2.5 Procedimento de análise de dados

A análise qualitativa seguiu a abordagem proposta por Bardin (2016), sendo que as respostas foram coletadas em torno de temas centrais, como critérios diagnósticos, tendências à medicalização e alternativas terapêuticas exploradas. Foram analisadas as narrativas dos psicólogos, buscando-se compreender a consistência das respostas e identificar divergências que pudessem indicar fatores contextuais ou subjetivos que influenciavam a prática clínica. A análise dos dados foi organizada para que se construíssem inferências que pudessem confirmar ou questionar as hipóteses.

Foi realizada uma leitura das transcrições das entrevistas para se obter uma visão geral dos dados. As respostas dos psicólogos foram agrupadas para indicar tanto fatores que contribuíam para uma abordagem farmacológica quanto práticas que consideravam o contexto psicossocial. Para auxiliar nessa etapa de categorização, utilizou-se o aplicativo *Trello*, que permitiu organizar visualmente as falas dos participantes e ordená-las em categorias temáticas.

2.6 Ressalvas éticas

Este estudo foi conduzido de acordo com as normas estabelecidas na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016) para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvem seres humanos no Brasil, alinhando-se a princípios éticos fundamentais e visando garantir os direitos e a proteção dos participantes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade

Paulista pelo número de Certificado de Apresentação para Apreciação ética (CAAE): 84907524.4.0000.5512, com parecer de número 7.353.245 e data de aprovação em 31 de janeiro de 2025.

As entrevistas foram realizadas apenas com psicólogos clínicos, sem contato direto com crianças ou famílias que utilizam os serviços prestados por eles. Os riscos associados à participação na pesquisa são mínimos, mas podem incluir algum desconforto ao discutir práticas clínicas. Para minimizar esse risco, as entrevistas foram conduzidas de maneira empática e acolhedora, garantindo que os participantes se sentissem à vontade. Inclusive, os participantes tinham a opção de não responder a quaisquer perguntas que não desejassem e a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Além disso, os pesquisadores asseguraram que os participantes fossem informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos, a natureza voluntária da participação e seus direitos, formalizados por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso fosse identificado desconforto ou constrangimento ou outros sentimentos que afetassem de alguma forma negativa o participante, havia a possibilidade de acolher e, se necessário, ser encaminhado para o atendimento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Paulista Campus Marquês (Av. Marquês de São Vicente, 3001 - Água Branca, São Paulo - SP, 05037-040).

Além disso, todas as informações coletadas durante as entrevistas foram utilizadas somente para fins da pesquisa e os participantes tiveram a garantia que suas identidades serão preservadas, uma vez que nenhuma informação que possa identificá-los será divulgada. Os dados foram coletados e analisados somente pelos pesquisadores responsáveis.

A pesquisa pode beneficiar os participantes ao favorecer uma reflexão sobre as abordagens diagnósticas e as práticas terapêuticas relacionadas ao TDAH. A análise crítica das práticas atuais pode auxiliar na reflexão sobre a medicalização excessiva e como propor intervenções que atendam às necessidades individuais de cada criança. Além disso, a participação na pesquisa pode incentivar a troca de experiências e conhecimentos, ajudando os profissionais a refletirem e aprimorarem suas práticas.

3 RESULTADOS

Foram participantes seis psicólogos autônomos, sem vínculo institucional, com no mínimo três anos de experiência no atendimento clínico a crianças e que já realizaram ao menos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças. Para fins do presente estudo, os participantes foram identificados como P1, P2, P3, P4, P5 e P6 com o intuito de preservar suas identidades.

3.1 Entrada no Campo

O contato com os psicólogos participantes foi realizado principalmente por meio de indicações de colegas e conhecidos dos pesquisadores, que foram levantadas a partir das redes sociais dos pesquisadores (WhatsApp). Ao todo, foram abordados 11 profissionais, dos quais 06 aceitaram participar da pesquisa. Os participantes que aceitaram foram prontamente receptivos ao convite para participar da pesquisa, demonstrando interesse desde o primeiro contato. Para possibilitar a realização das entrevistas, foi necessário negociar horários e locais que fossem convenientes para os entrevistados, considerando inclusive deslocamentos por parte da equipe de pesquisadores. Em todas as entrevistas, foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente lidos e assinados antes do início da gravação do áudio da entrevista.

Os encontros ocorreram em locais variados, como consultórios, cafeterias e outros espaços públicos escolhidos pelos próprios participantes, buscando ambientes que proporcionassem conforto e privacidade. Mesmo diante de imprevistos, como reformas em consultórios ou mudanças de agenda, os participantes demonstraram flexibilidade e comprometimento com a pesquisa. Durante as entrevistas, todos os profissionais mostraram-se dispostos a compartilhar suas experiências clínicas, compreendendo o objetivo do estudo e colaborando de maneira aberta, respeitosa e reflexiva. Houve atenção por parte dos pesquisadores em garantir que todos se sentissem à vontade, reforçando o caráter voluntário da participação.

A entrevista com P1 foi realizada dia 1 de março de 2025, em um espaço público tranquilo, escolhido pelo próprio participante por ser próximo de sua residência. Apesar de o ambiente estar ligeiramente movimentado, o local se mostrou

adequado para a realização da entrevista, contribuindo para uma conversa leve e espontânea, que se estendeu dessa forma durante 1 hora. O participante demonstrou simpatia e receptividade desde o início, compreendendo facilmente as questões propostas. Durante a conversa, manteve um tom descontraído e engajado, compartilhando experiências clínicas.

P2, desde o primeiro contato, demonstrou interesse e disponibilidade para participar do estudo. Embora inicialmente tenha se oferecido para se deslocar até outra cidade, ajustes de agenda levaram a equipe até o município onde ela reside. A entrevista foi realizada no dia 24 de março, ocorreu em um ambiente público confortável, a participante mostrou-se pontual e entusiasmada, e teve a duração de 13 minutos. Suas respostas foram objetivas e ilustradas com exemplos da prática profissional, acompanhadas de expressões faciais e gestos que demonstravam envolvimento. Após o término da entrevista, permaneceu disponível para dialogar com os pesquisadores, reforçando sua colaboração com o estudo.

A P3 sugeriu realizar a entrevista em um local mais acolhedor fora do ambiente do consultório, o que contribuiu para um clima descontraído, a entrevista foi realizada no dia 25 de março e teve a duração de 21 minutos. Ela acolheu os pesquisadores com cordialidade e respondeu às questões de forma direta, utilizando gestos para enfatizar os aspectos mais relevantes de sua prática. Sua postura foi de atenção, revelando sensibilidade e ética profissional.

A entrevista com P4, desde o início da comunicação, ela se mostrou solícita e interessada em contribuir com a pesquisa. A entrevista foi realizada dia 27 de março de 2025 em um ambiente informal e tranquilo, proporcionando conforto para o diálogo. Durante a conversa, que teve duração de 26 minutos, P4 demonstrou clareza e firmeza em suas colocações, utilizando expressões recorrentes para enfatizar suas ideias.

P5 foi indicada por uma conhecida dos pesquisadores e no dia 1 de abril de 2025 recebeu a equipe em sua clínica, em um ambiente pequeno, mas apropriado. Apesar de ter chegado um pouco apressada no dia da entrevista, mostrou-se atenciosa e disponível. Durante a conversa, que durou 18 minutos sua fala foi fluida e fundamentada em experiências práticas.

A sexta entrevista foi realizada no dia 5 de abril, em uma cafeteria escolhida pela psicóloga P6, com duração de aproximadamente 20 minutos. O ambiente tranquilo favoreceu uma conversa fluida e sem interrupções. A participante

demonstrou clareza, engajamento e experiência clínica, destacando a importância do trabalho interdisciplinar e da escuta dos contextos familiar e escolar no atendimento a crianças com TDAH.

3.2 Características Demográficas e de Formação Profissional dos Participantes

Dos seis participantes entrevistados, cinco eram do sexo feminino e apenas um era do sexo masculino. As idades variam entre 28 e 59 anos, com tempo de atuação na área da psicologia clínica variando de 4 a 34 anos. Todos possuem especialização ou estão cursando pós-graduação na área da saúde, com ênfase em neuropsicologia, avaliação psicológica, ou áreas afins. Essas informações estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos e de formação profissional dos participantes da presente pesquisa.

Participantes	Idade	Sexo	Tempo de atuação	Pós-graduação
P1	33	Masculino	10 anos	Neuropsicologia Psicologia Clínica.
P2	28	Feminino	4 anos	Saúde Coletiva e Avaliação psicológica (em andamento).
P3	30	Feminino	8 anos	Neuropsicologia.
P4	59	Feminino	34 anos	Neuropsicologia.
P5	47	Feminino	5 anos	ABA, Deficiência Intelectual, *TCC.
P6	37	Feminino	14 anos	Neuropsicologia (em finalização) Psicopatologia, Saúde Mental, Neuropsicologia , ABA.

Nota: *Terapia Cognitivo-Comportamental
Fonte: Autores, 2025.

3.3 Análise das entrevistas

A análise do discurso dos participantes foi realizada com base no procedimento de análise de conteúdo proposto por Deslandes (2007). O procedimento ocorreu em três etapas principais: organização do material a partir da leitura das transcrições para categorização das falas de cada entrevistado; classificação dos dados, realizada no aplicativo *Trello*, com agrupamento das informações conforme semelhanças de conteúdo e ideias centrais; e, por fim, definição de categorias, que possibilitou a análise detalhada do material. A partir desse processo, foram estabelecidas 7 categorias de análise, sendo: Sinais centrais do TDAH; Encaminhamentos para avaliação; Dificuldades e equívocos no diagnóstico do TDAH; Processo de avaliação; Encaminhamentos finais e Pós diagnósticos; Estratégia de intervenção; Fatores que dificultam o diagnóstico de TDAH.

3.3.1 Sinais centrais do TDAH

Esta categoria aborda as percepções dos psicólogos clínicos participantes sobre os sinais apresentados pelas crianças que são prováveis indicadores de TDAH, ressaltando que o diagnóstico não se reduz a uma soma de comportamentos observáveis. Sendo destacado que a avaliação deve considerar a presença de prejuízos funcionais significativos nas rotinas escolares, familiares e sociais, compreendendo os sintomas dentro do contexto global de desenvolvimento da criança.

De acordo com os participantes, os primeiros sinais do TDAH estão relacionados à desatenção e à hiperatividade. Como destacou P1: *"os primeiros sinais que são os mais óbvios de todos é quando a criança é muito desatenta ou é muito hiperativa, ou os dois"*¹. Ele ainda ressaltou que não se trata de uma característica comum da infância, mas de algo que atrapalha o dia a dia. Nas palavras de P2: *"essa desatenção constante atrapalha. Não é uma desatenção ou uma hiperatividade que é normal. É uma coisa que atrapalha nas atividades cotidianas básicas da criança"*. P2 também destacou a presença de agitação na criança, observando que ela tende a

¹ A fala literal dos participantes está apresentada entre aspas e em itálico.

solicitar constantemente a mudança de atividades, especialmente durante os momentos de testagem na avaliação psicológica. Já para P3, os sinais se tornam mais visíveis no contexto escolar, pois é a escola que começa a exigir maior atenção e organização da criança.

Segundo os participantes, o verdadeiro sinal de alerta, portanto, não é o comportamento em si, mas o sofrimento ou o prejuízo significativo que ele provoca. A dificuldade em completar tarefas, a agitação constante, a impulsividade, o baixo controle emocional e a desorganização foram apontadas como exemplos práticos desse prejuízo. P1 contou situações do cotidiano, como *“quando ela vai e escova os dentes pela metade, esquece o Nintendo Switch dentro da geladeira, porque tu vai pegar um copo de água enquanto tá jogando”*. P5 complementou, mencionando a desorganização: *“desatenção, primordial ééé, eles se perdem muito com estímulos externos, se distraem muito com estímulos externos, é extremamente desorganizados”*. Já sobre a impulsividade, P1 observou, durante a sessão, que a criança apresentava dificuldade em manter o foco por longos períodos nas atividades, além de demonstrar baixo controle emocional. P2 relatou que muitas vezes a criança abandona a atividade antes do término, e P6 ressaltou a impulsividade na fala, destacando que algumas crianças tendem a interromper, responder antes do término das perguntas e demonstrar dificuldade em aguardar o tempo adequado de resposta.

Os profissionais também destacaram a importância da percepção de pais e professores. P1 contou que os pais frequentemente chegam à consulta descrevendo a criança como *“ligado no 220”*. Já P3 relatou ouvir dos pais que a criança tem dificuldade de lidar com o não, com frustração. Contudo, P4 destacou a importância de cautela em relação à visão exclusiva da família, ressaltando que, muitas vezes, os familiares buscam encaminhamentos rápidos e centralizados em um único profissional, almejando um diagnóstico imediato.

Todos os participantes pontuaram que não se deve embasar o diagnóstico apenas nos comportamentos habituais da criança, é necessária uma análise biopsicossocial, sendo que o prejuízo no cotidiano da criança, como demonstrado pelos profissionais, deve ser investigado.

3.3.2 Encaminhamentos para a avaliação psicológica

Os relatos dos psicólogos clínicos participantes evidenciaram que o encaminhamento para avaliação de crianças com suspeita de TDAH ocorre, em grande parte, a partir das queixas escolares, relacionadas tanto ao desempenho acadêmico quanto ao comportamento em sala de aula. P1 observou que era na escola que apareciam os primeiros desafios e descreveu que as demandas chegam com frequência, motivadas pela dificuldade de aprendizagem ou pela agitação, destacando que *“a criança não tá aprendendo ou a escola chamou a mãe 500 vezes na mesma semana”*. Essa recorrência de chamadas e advertências faz com que os responsáveis procurem atendimento psicológico como resposta às orientações da escola.

Nesse mesmo sentido, P3 e P5 reforçaram que os professores desempenham um papel central no processo de encaminhamento, pois são eles que primeiro percebem as dificuldades e orientam as famílias a buscar ajuda. P3 complementou que as crianças chegavam para avaliação quando começam no processo avançado de alfabetização. P3 apontou que os professores *“já têm essas informações e nas reuniões, eles já sugerem, né? Para os pais buscarem um especialista para avaliar”*; enquanto P5 complementou que, em sua experiência, *“sempre a escola que chega até os pais primeiro”*.

Além da escola, de acordo com os participantes, outros profissionais também participam do encaminhamento. P3 ressaltou a importância das indicações feitas por neurologistas, defendendo que: *“é essencial ouvi-lo para entender o motivo do encaminhamento (...) ouvir esse neurologista para discutir o caso”*. Essa escuta é necessária para compreender a queixa e garantir um olhar mais integrado ao processo avaliativo.

No início da avaliação, P3 acrescentou que, especialmente no caso de crianças muito pequenas, é necessário um olhar cauteloso na avaliação, pois até os 6 anos é comum a presença de comportamentos de desatenção e hiperatividade próprios do desenvolvimento infantil. P5 destacou a relevância da anamnese como recurso fundamental para levantar dados iniciais e compreender o contexto da criança. P5 descreveu que esse momento geralmente é conduzido com a mãe, e que a partir dele é possível organizar as informações necessárias para dar sequência ao trabalho. P5 afirmou: *“É feita essa a anamnese, geralmente as mães trazem e aí eu vou dar início na avaliação”*. Esse procedimento aparece como etapa estruturante, por direcionar a

investigação e sistematizar as informações trazidas tanto pela família quanto pela escola.

Outro ponto enfatizado é a necessidade de considerar as diferentes percepções entre família e escola sobre o comportamento da criança. P6 destacou que essas percepções podem não coincidir pois em alguns casos, a família considera a agitação algo normal, enquanto para a escola o comportamento é motivo de grande preocupação; em outros, ocorre o inverso. Essa discrepância, segundo ele, precisa ser analisada com atenção para não reduzir o diagnóstico apenas a um dos contextos.

Por fim, P5 apontou a influência dos fatores culturais sobre a forma como a queixa é interpretada, o que pode interferir diretamente na busca por avaliação e no encaminhamento.

De modo geral, os relatos de P1, P3, P5 e P6 mostraram que o encaminhamento para avaliação do TDAH em crianças se configura como um processo multifacetado. Enquanto P1 destacou a forte presença das queixas escolares como movimento inicial, P3 e P5 enfatizaram o papel central da escola como principal agente de orientação às famílias, além de reconhecerem a relevância de encaminhamentos neurológicos. Já P5 apontou a importância da anamnese e P6 considerou as diferentes percepções entre escola e família, ressaltando ainda a influência de fatores culturais.

3.3.3 Processo de avaliação psicológica

Os relatos dos psicólogos clínicos entrevistados (P1, P2, P3, P4 e P6) evidenciaram um consenso de que o diagnóstico do TDAH demanda uma abordagem multiprofissional, sendo necessária a colaboração de diferentes especialistas e a coleta de informações em múltiplos contextos. Nesse mesmo sentido, P3 reforçou que a avaliação deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. P4 apontou a insuficiência de uma avaliação unidisciplinar, destacando que: *“Não dá para fazer um diagnóstico bem-feito só com o médico, só com o psicólogo, só com a fono, só com a psicoterapeuta”*.

No que se refere aos critérios nosológicos formais, P1 e P3 mencionaram a utilização do DSM-5 (APA, 2014) como principal referencial para a avaliação. P1 afirmou que *“a gente segue o critério diagnóstico do DSM”*, ressaltando a importância do surgimento dos sintomas na infância, pois *“eles têm de surgir antes dos 12 anos*

de idade". P3, por sua vez, indicou que, na prática clínica, os profissionais buscavam complementar os critérios formais, observando por P3, indicou que na prática clínica os profissionais buscam complementar os critérios formais do manual. Ele apontou uma limitação do DSM-5, pois, embora o manual não incluía a disfunção executiva como um critério diagnóstico oficial, essa condição é reconhecida como um marcador central para a identificação do TDAH.

Segundo os participantes, a avaliação deve ser apoiada por uma extensa bateria de instrumentos. P1 e P3 citaram a escala WISC-IV (Wechsler de Inteligência para Crianças) como fundamental, e P3 enumerou outros testes neuropsicológicos, como TAVIS-4 (Teste de Atenção Visual - 4ª edição); RAVLT (Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey); FDT (Teste dos Cinco Dígitos). Além dos testes cognitivos, foi relatado o uso de avaliações projetivas de aspectos emocionais com instrumentos como o HTP (Casa, Árvore, Pessoa) e o Pfister (Teste das Pirâmides Coloridas), e o uso de escalas de relato, como a ETDAH (Escala de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade). A aplicação desses instrumentos em múltiplos contextos foi descrita por P6 como essencial para entender se o comportamento se generalizava, pois era preciso saber se *"A escola respondeu, a família respondeu, a terapeuta também responder"*. Contudo, P2 apontou uma dificuldade na colaboração com as escolas, relatando que o contato é dificultoso.

Outro ponto enfatizado foi a necessidade de realizar diagnósticos diferenciais para evitar falsos positivos. P4 alertou para condições que mimetizavam os sintomas do TDAH, como a falta de limites, explicando que uma criança que *"não sabe se comportar"* não necessariamente teria o transtorno. Ela também detalhou um protocolo pessoal para descartar problemas de processamento auditivo, afirmou que faz questão de que a criança passe por uma avaliação fonoaudiológica para investigar o processamento auditivo central antes de fechar qualquer diagnóstico.

Em seus relatos, os participantes abordaram diferentes pontos do processo diagnóstico. Enquanto P1, P3 e P4 destacaram a abordagem multiprofissional, P1 e P3 também enfatizaram o papel do DSM-5, com P3 apontando suas limitações. P2 e P6 relataram a importância da avaliação em múltiplos contextos, e P2 mencionou os desafios práticos dessa abordagem. Por fim, P4 descreveu a etapa de diagnóstico diferencial como um procedimento indispensável.

3.3.4 Dificuldades e equívocos no diagnóstico do TDAH

Esta categoria reuniu informações referentes às dificuldades e aos equívocos que podem ocorrer no campo clínico no processo de identificação e diagnóstico do TDAH em crianças. De acordo com os participantes, o processo de avaliação é minucioso, e envolve a distinção entre comportamentos típicos da infância e manifestações que configuram um transtorno. Abordagens reducionistas e a tendência à medicalização podem dificultar uma compreensão mais ampla e contextualizada, tornando os diagnósticos ainda mais delicado.

P2 explicou que diferenciar a hiperatividade da criança do que seria uma hiperatividade “*neural*” pode não ser simples pois algumas crianças são ativas, mas conseguem se concentrar quando realizam tarefas escolares, enquanto outras apresentam dificuldade de foco constante.

P2 mencionou que crianças com ansiedade podem apresentar comportamentos semelhantes aos do TDAH, como andar, falar ou se movimentar de forma intensa. P4 comentou que dificuldades no processamento auditivo também podem gerar confusão no diagnóstico, pois a criança pode “*não conseguir prestar atenção mesmo*” por não interpretar corretamente as palavras.

P6 contou que há grande confusão entre TDAH específico e transtorno das habilidades escolares, ressaltando que essa distinção pode não ser clara, já que nem todas as dificuldades estão ligadas apenas à desatenção, mas também a comportamentos que podem se manifestar de forma mais aparente, o que muitas vezes leva à interpretação equivocada de que se trata de TDAH.

Durante a observação clínica, P2 apontou que existem muitos falsos diagnósticos, observando que crianças que apresentam agitação apenas em alguns contextos podem ser erroneamente consideradas como tendo TDAH, e que até pediatras e neurologistas podem se confundir.

As confusões diagnósticas também se estendem para outros transtornos. P3 explicou que no Transtorno do Espectro Autista (TEA), a dificuldade central está na criação e manutenção de vínculos pois crianças com TDAH conseguem criar vínculos, mas a manutenção pode ser prejudicada pela impulsividade, enquanto crianças com TEA apresentam mais dificuldade em criar vínculos desde o início. Ele destacou que prejuízos na regulação emocional aumentam a dificuldade no diagnóstico e muitas crianças com TDAH chegam ao atendimento psicológico com suspeita de TEA.

P6 abordou o Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC), que pode ser confundido com TDAH, já que crianças com TPAC têm falhas na percepção do som, e não na capacidade auditiva em si, gerando comportamentos semelhantes ao TDAH. Para diferenciar os dois, ele explicou que é necessário acompanhamento fonoaudiológico e exame específico do processamento auditivo central, geralmente realizado a partir dos seis anos, sendo que antes disso só é possível levantar hipóteses diagnósticas. P6 ressaltou que a interseção de sintomas entre TPAC, TDAH e outros transtornos exige atualização constante dos profissionais.

Em relação ao Transtorno Opositor Desafiador (TOD), P6 observou que, quando o TDAH não recebe intervenções adequadas, a criança apresenta maior probabilidade de desenvolver TOD, embora isso não seja uma regra absoluta. Ele acrescentou que TOD, quando malcuidado, pode evoluir para transtorno de conduta, e que a comorbidade entre TDAH e TOD representa um dos maiores desafios clínicos, especialmente em crianças com perfil mais impulsivo. P6 apontou que, no senso comum, o TDAH é frequentemente percebido como antecedente do TOD, o que também contribui para confusões na formulação do diagnóstico.

No que se refere às hipóteses diagnósticas, P1, P2 e P3 apontaram que o processo exige o levantamento de diferentes possibilidades, como ansiedade, dificuldades escolares, TEA ou comorbidades associadas. P1 ressaltou a necessidade de avaliar e descartar hipóteses antes de concluir o diagnóstico, enquanto P2 destacou que o TDAH pode ser confundido ou coexistir com outros transtornos, como ansiedade, depressão e autismo. P3 descreveu que a regulação emocional prejudicada do TDAH pode se aproximar do funcionamento do TEA, exigindo avaliação cuidadosa. Como exemplificou P2: *“É que o... autismo, o TDAH, além da epilepsia que eu tinha comentado, ele é muito confundido com o autismo e pode ser os dois, porque o TDAH sempre vai levar um transtorno.”*

P5 e P6 destacaram ainda a importância de investigar o histórico familiar de transtornos, relatando casos em que a presença de TEA ou TDAH em familiares trouxe tanto elementos de confirmação quanto potenciais confusões no processo diagnóstico. P5 exemplificou: *“Porque que nem este menino, ele tem um histórico já de transtorno do espectro do autismo na família dele, então ele tem uma probabilidade de ser autista, sim, mas ele tem um forte, TDAH é com certeza fechado (...) mas a gente pode confundir esse diagnóstico. Então, muito é fazer uma boa avaliação para diferenciar esse diagnóstico.”*

3.3.5 Desafios clínicos no diagnóstico do TDAH

Esta categoria evidencia os principais entraves apontados pelos psicólogos clínicos no processo de diagnóstico do TDAH em crianças. Os relatos indicam que tais dificuldades se distribuem em diferentes frentes, desde resistências familiares até comportamentos desafiadores apresentados pela própria criança, passando pela influência do ambiente e da participação da família.

No que se refere à resistência familiar, P1, P2, P3 e P4 mencionaram que muitos pais apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico, minimizam os sintomas ou trazem crenças preconceituosas sobre o transtorno e seu tratamento. P1 destacou que alguns responsáveis respondem escalas de forma enviesada ou fornecem relatórios contraditórios, o que dificulta a observação clínica. Já P3 relatou que a recusa dos pais em aceitar o diagnóstico está frequentemente associada ao medo da medicação e à ideia de que o filho não é “normal”. P4 acrescentou que há resistência em buscar diferentes profissionais, como psicólogo, fonoaudiólogo ou médico, sendo comum a expectativa de um diagnóstico imediato. Para ilustrar, P3 afirmou: *“A dificuldade também é a aceitação dos pais de pensar, meu filho tem uma doença, meu filho não é normal, né? Só que o TDAH, assim como os outros transtornos, Ele não vai definir que o teu filho não é normal.”*

Outro fator citado foi a dificuldade de engajamento da própria criança na avaliação. P1 e P2 relataram situações em que crianças mimadas ou com baixa tolerância à frustração não colaboram nos testes, confundindo a análise. Segundo P2, durante tarefas de atenção, é comum que a criança desista ou se queixe de cansaço, exigindo maior intervenção do psicólogo para a continuidade da atividade. Nesse sentido, P1 relatou: *“Outro dificultador é a criança mimada. Muitas vezes não quer participar da avaliação, não colabora, e o diagnóstico pode ser confundido com TDAH.”*, de forma consoante P4 ressaltou que a agitação pode não indicar TDAH, explicando que crianças que *“não aprenderam o que é limite”* podem agir de forma impulsiva sem que isso seja indicativo do transtorno. Esses comportamentos muitas vezes são interpretados erroneamente com base em conceitos socialmente construídos sobre o transtorno.

Ainda dentro das dificuldades, P1 observou que há casos em que famílias buscam um diagnóstico de forma insistente, principalmente em relação ao autismo, mesmo sem evidências claras. Segundo ele, ainda que não seja um impeditivo tão

forte quanto a resistência, essa postura pode distorcer o processo de avaliação. P1 afirmou: *“Também existem famílias que querem que o filho tenha o diagnóstico, mais comum no caso do autismo. [...] Não considero tão dificultador quanto a resistência, mas acontece com frequência.”*

Referente ao comportamento das crianças, P1 e P6 relataram que atitudes desafiadoras, como impulsividade, respostas ríspidas e dificuldade em lidar com frustrações, podem dificultar o andamento das sessões e a condução das avaliações. P1 descreveu situações em que crianças com TDAH se envolviam em conflitos durante atendimentos em grupo, exigindo intervenções constantes. P6 complementou que a impulsividade exige manejo clínico cuidadoso, já que muitas vezes a família também enfrenta dificuldades para sustentar intervenções em casa. Como relatou P1: *“Eles tiram a sua paciência... eles fazem o limite da sua paciência. Até você... ele explode e às vezes você acaba explodindo.”*

Outro ponto levantado por P5 e P6 refere-se à baixa adesão familiar ao tratamento e às orientações propostas. P6 destacou que, em muitos casos, a família apenas leva a criança às sessões, mas não dá continuidade ao trabalho em casa, o que compromete a efetividade das intervenções. P5 acrescentou que a falta de tempo e a sobrecarga dos pais também dificultam o acompanhamento necessário. Conforme P6 afirmou: *“O maior desafio é quando a família não adere mesmo ao tratamento, as vezes a família leva, mas só levar não adianta, tem que participar.”*

P5 também apontou que o excesso de tempo em frente às telas é um fator que interfere na manifestação dos sintomas e no manejo da criança. Segundo ele, o TDAH exige atenção constante dos responsáveis, e o uso de dispositivos digitais acaba reduzindo ainda mais esse tempo de interação. Conforme destacou: *“Pra mim é o que mais acho que influencia hoje, é o tempo de tela. E aí eles ficam, porque a avó que fica, é alguém que fica com eles.”*

Já P6 ressaltou que algumas crianças escolhem ambientes específicos para manifestar sintomas, sendo agitadas apenas em casa ou apenas na escola. Essa variação pode gerar dificuldades para identificar se os sinais são consistentes ou dependem do contexto. Segundo ele: *“Tem criança com TDAH que escolhe o ambiente para repercutir. [...] Ou ela é mais agitada na escola. Ou ela é mais agitada na escola. ou em casa, e na escola é mais contida.”*

Por fim, P1 destacou que a presença do psicólogo, enquanto figura de autoridade, pode alterar o comportamento da criança durante as avaliações,

especialmente em casos mais leves. Segundo ele, o diagnóstico nesses contextos depende de uma observação mais detalhada e cuidadosa. P1 afirmou: *“Mas, às vezes, você ali é psicólogo, você é a figura de autoridade também. Eles chegam e falam assim... ‘Oh, doutor!’ [...] você precisa observar porque a criança pode se comportar diferente sob supervisão.”*

3.3.6 Encaminhamentos finais e Pós-diagnósticos

De acordo com os participantes P1, P3, P4 e P6, os encaminhamentos após a avaliação de crianças com TDAH, foram adaptados às necessidades individuais de cada criança, considerando tanto o aspecto clínico quanto o emocional. P1 destacou que *“Cara, parte do encaminhamento dependeu muito da dificuldade da criança, tá? [...] Como padrão, eu sempre encaminho para terapia, terapia para questão emocional [...] e psiquiatra ou neurologista infantil.”* Esse relato mostrou que, apesar de haver um “padrão”, geralmente direcionado à neurologia ou à psiquiatria infantil, seguido na maioria dos casos, ele não é rígido, sendo ajustado de acordo com a complexidade de cada criança.

Todos os participantes destacaram a relevância dos encaminhamentos médicos dentro do processo do cuidado integral da criança, principalmente para ampliar a compreensão sobre o quadro, para favorecer e incluir intervenções adequadas. P6 relatou que *“Tá, se eu faço a avaliação psicológica, eu encaminho para a neuropsicológica. Se eu já faço a avaliação neuropsicológica, e a criança já apresentou perfil para o TDAH, ou com alguma outra comorbidade, eu faço o encaminhamento”*. Ele ainda acrescentou que a escolha entre neurologia ou psiquiatria infantil pode respeitar a preferência da família: *“Então, eu sempre deixo a neuropsicologia infantil, ou a psiquiatria infantil, porque aí ficou a cargo da família.”* Dessa forma, os encaminhamentos não se limitaram à validação de um diagnóstico, mas funcionaram como estratégias complementares que ampliaram o cuidado clínico e emocional, buscando integrar diferentes perspectivas profissionais e garantindo que cada criança fosse acompanhada de acordo com suas necessidades específicas.

Além disso, todos os participantes concordaram que os encaminhamentos complementares foram frequentemente necessários para atender a demandas específicas, como prejuízos cognitivos ou comorbidades. P3 explicou que: *“Eles vão depender de acordo com os prejuízos cognitivos identificados. Se é uma criança que*

já tem prejuízos ali na escrita, ela vai para um psicopedagogo, se é uma criança que além do TDAH, a gente tem outras comorbidades, né? Como motoras, como de fala, aí eu encaminho para fono, eu encaminho para o fisio, né? Ah, tem de várias dificuldades nas questões de atividades cotidianas e fomos para um TO para ajudar na organização dessa rotina. Vai depender muito, é muito relativo.” Esses encaminhamentos visam promover suporte personalizado, seja na área acadêmica, motora ou comportamental.

Outro ponto enfatizado pelos participantes, P1 e P4, é a importância de não reduzir a criança ao diagnóstico, ela aprendeu a lidar com o TDAH, desenvolvendo a qualidade de vida, aprendeu estratégias. P1 ressaltou que: *“Eu não sou muito a favor de colocar as crianças em caixinha e delimitar que aquilo é ela. Ela é o TDAH? Não. Ela tem. [...] Então, fechar esse CID, eu acho que é fundamental. [...] existe uma legislação que obriga ou sugere muito fortemente que as escolas se adaptem a isso. [...] Algumas escolas não precisam disso. [...]”*. Ademais, demonstrou preocupação ao relatar que algumas escolas mantinham uma postura de passividade diante das dificuldades apresentadas pelas crianças com TDAH. P1 complementou, *mas a gente sabe que existem escolas que olham para as crianças e falam assim, [...] não faz nada e deixa a criança [...]. E a criança não aprende a ler, não aprende a escrever, não aprende nada e aí ela fica excluída da sociedade.”* P4 destacou que o acompanhamento pós-diagnóstico deveria se concentrar na adaptação e no suporte contínuo, e não se reduzir a rótulos, cada criança tem seu próprio tempo de aprender, ele afirmou que: *“Eu acho que influencia quando você vai fazer a reabilitação dessa criança. Não tanto no diagnóstico. Ela já recebeu o diagnóstico, e aí ela tem que seguir a vida, eu acho que isso é importante, dar atenção para a criança, porque não é o diagnóstico, mas como fazer depois do diagnóstico.”* Ela ainda reforçou que: *“Mas isso, até a pessoa entender, até ela ver que funciona diferente... é só isso: funciona diferente. Né? E quem funciona igual? Isso não pode nunca definir a pessoa só por causa de um diagnóstico, seja ele qual for.”*

3.3.7 Medicação e outras Estratégia de Intervenção

Os participantes apresentaram diferentes percepções sobre o uso de medicação, seus efeitos, contraindicações, riscos, alternativas e ajustes necessários. P6 destacou que a medicação pode ter efeitos significativos no controle dos

esfíncteres e na regulação da compulsão alimentar em crianças com TDAH. Ela explicou que existem crianças até muito pequenas ou pré-adolescentes que apresentam escape de xixi, seja diurno ou noturno, caracterizando um dos sinais do TDAH. Ainda relatou que, em um caso específico, a criança tinha escape diurno e não conseguia controlar, mas com o uso da medicação, após quatro meses, ela já não apresentava mais escapes, conseguia controlar a compulsão alimentar e a impulsividade, além de conseguir pensar antes de agir, contar até dez para refletir sobre suas ações e pedir ajuda para a acompanhante terapêutica. Porém, nesse caso, a criança possuía TEA associado, mas que o TDAH era a característica mais predominante.

P2 trouxe contribuições que reforçam a percepção de que a farmacoterapia pode ter um papel importante em casos mais intensos de TDAH. Ela relatou que, quando os sintomas são muito excessivos e a terapia isolada não é suficiente, a medicação ajuda a centralizar o funcionamento cognitivo e comportamental da criança, oferecendo uma regulação do impulso. P2 contou sobre uma criança sob seu acompanhamento, diagnosticada com TDAH e em uso de medicação, explicando que, mesmo com o tratamento, a criança ainda apresenta comportamentos impulsivos e precisa ser lembrada de se controlar. Ela destacou que, com o uso da medicação, a criança consegue perceber melhor suas ações e reduz a necessidade de pedir desculpas repetidamente ou reparar constantemente os próprios comportamentos. P2 enfatizou que, nesse contexto, a medicação atua como suporte para o controle comportamental, permitindo que as intervenções psicoterapêuticas e estratégias educativas sejam aplicadas de forma mais organizada.

Em relação às contraindicações do uso de medicação, P1 afirmou que se posiciona contra a utilização quando o objetivo é apenas facilitar a vida dos pais ou quando não há prejuízos graves para a criança. Ela enfatizou que a medicação deve ser indicada apenas quando os prejuízos atingem diretamente a criança, e que, quando o impacto ocorre apenas na família, a indicação adequada seria psicoterapia. De forma complementar, P4 destacou que, em casos de TDAH mais leves, nos quais a criança consegue lidar bem com os sintomas, não há necessidade de medicar.

Quanto aos riscos e críticas à medicalização, P1 apontou que muitos psiquiatras prescrevem medicações muito pesadas, citando a Ritalina, que possui efeitos colaterais graves, e que o Venvanse é usado de forma indiscriminada em adultos. Ele ainda mencionou que já ouviu professores comentarem, de forma crítica,

sobre “colocar Ritalina na caixa d’água da escola”, indicando a necessidade de repensar estratégias pedagógicas. P3 acrescentou que, frequentemente, os pais têm preconceito em relação à medicação, temendo que seus filhos fiquem viciados ou que a medicação não funcione, mas que, na realidade, o uso de estimulantes é necessário para trazer sustentação ao foco atencional da criança. Ela afirmou que: *“É sempre o que eu costumo falar nas devolutiva com os pais, né? Porque os pais, eles têm muito preconceito com, com medicação. Eles acham que os filhos vão ficar viciados, que não vai funcionar, né? Só que o que acontece é uma questão orgânica é uma questão que a gente precisa ali de estimulantes, né? Para trazer o funcionamento, sustentação desse enfoco atencional.”*

Sobre alternativas à medicação, P1 relatou que em casa a criança precisa ter espaço para gastar energia, realizando esportes, como futebol ou natação. Ela reforçou que não é necessário medicar desnecessariamente, pois psicoterapia e acompanhamento neuropsicológico podem resolver muitos casos, principalmente em situações de menor severidade.

P6 detalhou a fase inicial de adaptação à medicação, destacando que os primeiros 15 a 20 dias podem levar a um aumento do comportamento disfuncional, antes que a criança comece a se organizar. Ela explicou que, nesse período, é necessário considerar como o organismo da criança reage, se há reação adversa, enjoo, tontura, sonolência ou apatia, e que a medicação precisa ser acompanhada cuidadosamente.

Quanto ao ajuste da medicação ao grau de severidade do TDAH, P5 relatou que casos leves podem ser trabalhados apenas com psicoterapia, enquanto casos mais severos necessitam de medicação. Ela explicou que a medicação pode ser administrada de forma diferenciada: algumas crianças tomam duas doses diárias, sendo que o horário da manhã é ajustado para o período escolar e a medicação próxima à psicoterapia para otimizar o rendimento; em casos de medicação de longa duração, é possível atender às demandas da escola e da psicoterapia simultaneamente.

3.3.8 Outros

Os participantes também revelaram percepções, vivências e expressões pessoais ao longo das entrevistas; apresentaram relatos que refletem tanto momentos

de interação espontânea quanto experiências que os psicólogos compartilharam em relação a pessoas atendidas, colegas ou situações vividas em seu cotidiano profissional.

P2 relatou que uma criança dizia que precisava ser comportada e comentou, com admiração, que a achava muito bonita e exigente. O mesmo participante expressou durante a entrevista que durante os atendimentos, diante da dificuldade das crianças com TDAH em permanecer sentadas, surgia a vontade de forçá-las a ficar na cadeira, mas que respirava e se lembrava de sua posição como psicólogo.

P4 contou que havia avaliado um jovem com deficiência intelectual e descreveu como ele tratava as pessoas de forma muito bonita. Relatou que esse jovem trabalhou no programa “*Posso te ajudar?*” no metrô, permanecendo por cerca de seis meses, e depois foi transferido para uma multinacional devido ao modo excepcional como se relacionava com os outros. Também afirmou que amava explorar o que a criança tinha de melhor, lembrando de outro caso de um jovem com deficiência intelectual que gostava de computadores e dizia ser um profissional capaz de resolver qualquer problema.

Ainda, P4 utilizou comparações para explicar suas percepções. Disse que quando estava com dor de cabeça, conseguia suportar, mas se não desse, tomava remédio. Acrescentou que, em uma situação como escutar uma palestra em uma língua não compreendida, rapidamente a pessoa já se desligava e se distraía, exemplificando: “*Se vocês tivessem que escutar, por exemplo, uma palestra numa língua que você não compreende, não dá dois segundos, a gente já está no mundo da lua*”. Também utilizou uma metáfora para se referir às limitações que a pessoa enfrenta. Ele disse que era como se uma pessoa grande fosse colocada em uma “*caixinha pequena*”, mas destacou que essa situação não era um “*bicho de sete cabeças*”

P4 relatou ainda a conversa com um amigo cujo filho havia sido diagnosticado com TDAH. Disse que o amigo ficou sem saber o que fazer, desesperado, e que ele respondeu com tranquilidade que o filho tinha apenas TDAH e que estava tudo bem. Contou que disse ao amigo que o menino faria tudo, só precisaria aprender no tempo dele. Mais tarde, o amigo reconheceu que o filho, já adulto, havia se tornado um confeiteiro de sucesso, confirmando o que P4 havia falado.

4 DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o crescente aumento no número de diagnósticos de TDAH em crianças tem provocado debates importantes sobre os modos de compreender e intervir nesse fenômeno. Esses debates envolvem, sobretudo, críticas ao processo de medicalização, patologização e biologização do desenvolvimento infantil (Beltrame *et al.*, 2019), que muitas vezes reduzem comportamentos complexos a categorias diagnósticas sem considerar a multiplicidade de fatores que atravessam a infância.

Tendo em vista essa problemática, a presente pesquisa teve como objetivo geral identificar quais os critérios utilizados por psicólogos clínicos para realizar o diagnóstico de TDAH em crianças. Com base na realização de seis entrevistas com psicólogos clínicos que atendem crianças com TDAH, pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado.

O contato com os participantes ocorreu-se, de modo geral, acessível e colaborativo, embora tenha exigido disponibilidade e flexibilidade por parte dos pesquisadores para ajustar horários e deslocamentos para realizar as entrevistas. As entrevistas foram marcadas pela receptividade e interesse dos participantes demonstrando não apenas o comprometimento ético dos profissionais com a produção de conhecimento na área, mas também uma postura aberta à reflexão sobre a própria prática clínica. Essa disposição pode estar relacionada à identificação dos participantes com o tema do estudo, favorecendo um diálogo mais espontâneo e reflexivo durante as entrevistas.

O contato com os psicólogos clínicos por meio de indicações da rede de contato dos pesquisadores reflete uma prática comum em pesquisas qualitativas, baseado em vínculo e confiança. Esse método facilita o engajamento, pois segundo Régis, D'Ávila e Oliveira (2010), os participantes tendem a se sentir mais à vontade quando o convite vem de alguém de sua rede. Esse método facilitou o recrutamento e contribuiu para o engajamento dos participantes. Ainda assim, o número reduzido de adesões, seis de onze convidados, revela que, mesmo entre profissionais da área, a disponibilidade de tempo e o interesse em participar de pesquisas acadêmicas permanece como um desafio. Isso indica que muitos profissionais podem não se engajar como participantes da produção científica, evidenciando a distância que persiste entre a Psicologia como ciência e como prática clínica, algo ressaltado por Gonçalves, Kienen e Haydu (2022), que defendem maior integração entre teoria, prática e pesquisa.

Outro ponto que merece destaque é a predominância feminina entre os participantes, cinco mulheres e um homem, refletindo uma tendência histórica e atual da Psicologia. Essa predominância do gênero feminino pode ser entendida como um fenômeno intensificado nas últimas décadas, associado tanto a fatores socioculturais quanto a características de cuidado e escuta, atributos frequentemente atribuídos ao feminino. Isso dialoga com Figuerêdo e Cruz (2017), que apontam que a presença majoritária de mulheres está relacionada a construções socioculturais que associam o trabalho psicológico ao cuidado e à sensibilidade, mas que também pode influenciar a valorização social e econômica da profissão. Atividades de escuta e cuidado, mesmo exigindo conhecimento e habilidades técnicas, são frequentemente vistas como naturais ou vocacionais, e não como profissionais, o que reduz salário, reconhecimento e acesso a cargos de liderança. Reconhecer a presença majoritária de mulheres na Psicologia, portanto, pode abrir espaço para questionar as relações de gênero que atravessam a formação e o exercício da profissão.

Além disso, o fato de todos os entrevistados possuírem especialização ou pós-graduação mostra um compromisso com a formação contínua, de acordo com as diretrizes éticas da Psicologia, que orientam a atualização constante dos estudos. Esse dado sugere que os participantes reconhecem a importância da educação permanente e compreendem a prática psicológica como um campo em constante transformação, exigindo reflexão crítica e aprofundamento teórico. Conforme apontam Gonçalves, Kienen e Haydu (2022), a continuidade dos estudos constitui não apenas aprimoramento técnico, mas também um compromisso ético com o exercício crítico e responsável da profissão, demonstrando a necessidade de integrar teoria e prática, evitando a reprodução de modelos cristalizados e fortalecendo a qualidade da atuação clínica.

O processo de entrada em campo se mostrou uma etapa de aproximação com o contexto profissional estudado. A postura colaborativa dos participantes, aliada à diversidade de experiências e tempos de atuação, ajudou na compreensão dos tópicos investigados, onde, junto as entrevistas, foi possível identificar diferentes aspectos que permeiam a prática desses profissionais no manejo do processo de diagnóstico do TDAH infantil, abrangendo desde a observação inicial dos sinais até as etapas de avaliação, encaminhamentos e intervenções, incluindo os desafios, equívocos e fatores que interferem no processo diagnóstico.

No que se refere aos sinais observados, a desatenção foi apontada por P2 e P5 como um dos principais indicadores do TDAH, relataram que muitas crianças têm dificuldade para iniciar, manter e concluir tarefas, o que compromete a organização das atividades diárias, o foco atencional e, conseqüentemente, o desempenho escolar. Essa percepção está alinhada com Beltrame *et al.* (2015), que identificam que crianças com TDAH frequentemente expressam frustração diante das tarefas e dificuldade em sustentar a atenção ao longo do tempo.

Essa percepção está alinhada ao que Papalia e Feldman (2013) descrevem, ao indicarem que a desatenção não deve ser confundida com falta de interesse, mas compreendida como uma limitação momentânea da autorregulação e da capacidade de manter o foco, características que fazem parte do processo natural de desenvolvimento infantil. Assim, como observam Graeff e Vaz (2008), o olhar clínico deve considerar não apenas a presença desses sinais, mas o quanto eles afetam o aprendizado e as relações da criança.

Além da desatenção, a hiperatividade foi identificada por P3, que observou que os sinais tornam-se mais evidentes quando a criança ingressa na escola, devido ao aumento das exigências de concentração e controle. Essa percepção reforça o que o DSM-5 (APA, 2014) indica ao estabelecer que os sintomas precisam causar prejuízos em diferentes contextos, especialmente no ambiente acadêmico; Pascoal *et al.* (2018) complementam que reconhecer essa variabilidade é essencial para evitar estereótipos sobre o TDAH, permitindo que a avaliação considere diferentes níveis de intensidade e formas de manifestação.

Outro aspecto mencionado por P2 e P6 foi a impulsividade, caracterizada por dificuldades em conter respostas imediatas, esperar turnos de fala e lidar com frustrações. Essa observação é consistente com Cruz *et al.* (2016) e Girão e Colaço (2018), que relacionam o TDAH a desafios no controle emocional e à tomada de decisões precipitadas.

Nesse sentido, torna-se fundamental refletir sobre como esses critérios são entendidos para que se inicie os encaminhamentos para avaliação psicológica, uma vez que as primeiras impressões do profissional que faz o encaminhamento podem influenciar na qualidade do processo diagnóstico.

Os participantes P1, P3, P5 e P6 relataram como ocorrem os encaminhamentos para a avaliação psicológica, destacando a interação entre escola, família e profissionais de saúde na origem das demandas. Segundo eles, a escola se constitui

como o principal ponto de partida, pois é nesse ambiente que os comportamentos das crianças considerados inadequados à rotina pedagógica se tornam mais evidentes. Os profissionais destacaram que a instituição escolar frequentemente assume o papel de mediadora entre o comportamento infantil e a busca por atendimento especializado. Essa dinâmica corrobora o que Granjeao, Junior e Souza (2023) e Carvalho *et al.* (2022) identificaram em suas pesquisas, ao apontarem que a escola tende a operar como um filtro diagnóstico inicial, muitas vezes pautado por padrões de rendimento e disciplina.

P1 e P6 também apontaram a existência de tensões entre a percepção da escola e a visão das famílias, já que comportamentos considerados problemáticos no ambiente escolar muitas vezes são entendidos pelos pais como aspectos normais do desenvolvimento infantil. Essa divergência é mencionada por Gonçalves (2016), que enfatiza o papel mediador da escola entre a criança e as expectativas sociais, mas também adverte para o risco de que a instituição se torne um espaço de normalização e controle da conduta. Nessa perspectiva, Guarido e Voltolini (2009) e Moysés e Collares (2013) argumentam que a escola pode funcionar como um dos principais dispositivos de patologização. Esse processo ocorre quando manifestações próprias da infância, como curiosidade, movimento e dispersão, são transformadas em sintomas de transtornos mentais, o que legitima encaminhamentos que respondem mais a demandas de ordem institucional do que às necessidades da criança.

P6 destacou que, em muitos casos, as crianças chegam ao atendimento psicológico com hipóteses diagnósticas já formuladas por outros profissionais ou instituições, o que pode limitar o espaço para a escuta clínica e a compreensão subjetiva do caso. Essa dinâmica revela a necessidade de o psicólogo sustentar uma postura crítica diante de encaminhamentos previamente definidos, garantindo que o processo avaliativo considere a singularidade da criança e não se limite à confirmação de diagnósticos. Tal reflexão converge com o que Bertoldo, Feijó e Benetti (2018) alertam sobre os riscos de uma prática fragmentada e apenas validatória, que enfraquece o caráter reflexivo e ético da avaliação psicológica.

Assim, a análise conjunta das descrições dos participantes sobre os encaminhamentos para atendimento psicológico na infância, embora representem um ponto de partida para a avaliação, expressam tensões entre o campo educacional e o campo clínico. De um lado, os psicólogos tentam construir um olhar integral e interdisciplinar sobre a criança; de outro, persistem práticas institucionais que

reduzem o encaminhamento a um instrumento de normatização da conduta. Essa ambiguidade reflete o que Moysés e Collares (2013) descrevem como uma tensão entre o discurso do cuidado e as práticas de controle. Diante disso, cabe ao psicólogo sustentar uma escuta crítica e mediadora, articulando os diversos discursos envolvidos e resistindo à tendência de padronização da infância.

Dessa forma, observa-se que a compreensão dos participantes sobre o processo diagnóstico não se limita à execução da avaliação em si, mas abrange também o que a antecede. Os encaminhamentos para avaliação revelaram como o processo diagnóstico se estrutura e se conduz, evidenciando a importância de um olhar atento para a avaliação psicológica.

Ao abordarem o processo de avaliação psicológica todos os participantes ressaltaram que a identificação do TDAH não deve se restringir à observação de comportamentos pontuais, mas considerar o impacto funcional que esses comportamentos causam na rotina da criança, conforme destacam Graeff e Vaz (2008). De acordo com P1, o diagnóstico realizado pelo psicólogo clínico precisa seguir os critérios do DSM-5 (APA, 2014), que estabelece que o conjunto de sintomas deve resultar em prejuízo clinicamente significativo em, pelo menos, dois contextos distintos, social, escolar ou familiar. E que, embora o DSM-5 (APA, 2014) sirva como referência para a identificação dos critérios diagnósticos, ele é complementado por uma abordagem mais ampla, voltada à compreensão do sujeito em sua totalidade e singularidade. Para isso, os profissionais relataram o emprego de uma extensa bateria de instrumentos, que se dividem em duas frentes complementares. De um lado, conforme apontado por P1 e P3, utilizam-se de testes neuropsicológicos como o WISC - IV (Wechsler de Inteligência para Crianças) para uma avaliação quantitativa de déficits cognitivos, como atenção e memória e outros testes neuropsicológicos, como TAVIS-4 (Teste de Atenção Visual - 4ª edição); RAVLT (Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey); FDT (Teste dos Cinco Dígitos) para descartar outras condições neurológicas, como déficits no processamento visual e auditivo. Incluíram também o uso de testes projetivos como o HTP para investigar aspectos emocionais e contextuais. Essa segunda frente avaliativa permite acessar dificuldades mediadas pelo ambiente familiar e social, que uma análise puramente cognitiva não alcançaria Rosa e Batista (2015). Essa prática indica um método mais criterioso e abrangente, em consonância com o que apontam Graeff e Vaz (2008) e Donizetti (2022).

Essa prática permite distinguir sintomas de TDAH de comportamentos que possam estar relacionados a situações como instabilidade familiar, dificuldades pedagógicas ou vulnerabilidade social, conforme descrito por Silva e Canavêz, (2017).

A investigação do histórico familiar foi salientada por P5 e P6 como um fator determinante na avaliação diagnóstica, o que dialoga com a perspectiva de Pires *et al.* (2012), que destacam o ambiente familiar como elemento central no processo diagnóstico. Crianças inseridas em lares marcados por instabilidade emocional, conflitos frequentes, ausência de rotina ou negligência podem apresentar comportamentos semelhantes aos do TDAH, mas que refletem adaptações ao contexto vivido. Assim, a escuta qualificada dos responsáveis, a observação das dinâmicas familiares e a análise das condições de vida da criança se tornam etapas essenciais para diferenciar sintomas decorrentes de fatores neurobiológicos daqueles influenciados por questões psicossociais, contribuindo para a construção de um diagnóstico fundamentado.

A observação feita por P6 sobre a manifestação situacional dos sintomas, como a agitação presente apenas em casa ou apenas na escola, reforça a necessidade de uma avaliação contextualizada, concebida também por Pascoal *et al.* (2018), pois a variação de comportamentos entre os ambientes pode ser um indicativo de que os sintomas podem estar mediados por fatores sociais e emocionais, e não apenas por questões neurobiológicas. Ignorar essa complexidade pode levar a diagnósticos precipitados e à medicalização excessiva, conforme discutido por Brzozowski (2013) e Braghini (2016).

Essa postura investigativa, que busca distinguir os sintomas do TDAH de respostas a contextos adversos, foi validada por P4, que demonstrou um aprofundamento na dimensão psicossocial ao relatar que o comportamento da criança poder ser consequência de questões relacionadas ao manejo parental e ao estabelecimento de rotinas, e não de um transtorno mental. Essa análise foi complementada por P1, que ressaltou a importância de verificar se os comportamentos não seriam respostas adaptativas a eventos desestabilizadores no ciclo de vida familiar. Com isso, a prática clínica dos entrevistados dialoga diretamente com os alertas de Donizetti (2022) e Silva e Canavêz (2017) contra a patologização apressada de sofrimentos psíquicos, demonstrando que não só a análise biológica, mas, a análise dos aspectos sociais e culturais ocupa um lugar importante no processo avaliativo.

Em síntese, os critérios diagnósticos identificados revelaram uma prática clínica alinhada às recomendações de uma abordagem crítica e integrativa. Ao invés de uma aplicação reducionista de manuais nosológicos, os psicólogos demonstraram empregar uma base sólida e adaptável para cada caso e valorizar a testagem abrangente e a análise contextual aprofundada, compreendendo o modo de funcionamento da criança em sua totalidade, e não apenas os sintomas isolados. Essa postura pode assegurar um diagnóstico mais cuidadoso, como também pode estabelecer as bases para um planejamento terapêutico que priorize alternativas não medicamentosas, respeitando a singularidade de cada criança e resistindo às pressões por soluções simplificadas e pela medicalização excessiva da infância.

Entre as reflexões levantadas pelos participantes nas entrevistas, destacam-se apontamentos sobre algumas dificuldades que os profissionais enfrentam ao identificar o TDAH em crianças. Por exemplo, P6 destacou a confusão recorrente entre TDAH, Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), explicando que a semelhança entre sintomas pode gerar equívocos, especialmente quando não há continuidade na escuta clínica. Ele apontou que características como impulsividade e dificuldade de regulação emocional exigem atenção cuidadosa, pois um diagnóstico equivocado pode levar a intervenções que não correspondem às reais necessidades da criança. Esse ponto se aproxima da reflexão de Pascoal *et al.* (2018), que alertam para os riscos de quando o processo diagnóstico é feito de maneira superficial e o sintoma é tratado isoladamente, sem considerar os aspectos subjetivos e sociais que o envolvem.

P2 relatou que muitas vezes a agitação apresentada pela criança é interpretada de forma precipitada, especialmente quando aparece apenas em determinados contextos, o que pode resultar em falsos diagnósticos. Ela comentou que até pediatras e neurologistas se confundem nesses casos, reforçando a importância de avaliações multiprofissionais. Essa observação dialoga com Effgem *et al.* (2017) e Graeff e Vaz (2008), que defendem a necessidade de uma abordagem abrangente para garantir diagnósticos mais completos e evitar reducionismos que deixem de lado fatores emocionais e ambientais.

P1 também observou que crianças típicas podem apresentar comportamentos semelhantes aos do TDAH, pois é comum que crianças pequenas demonstrem agitação, impaciência e dificuldade de concentração. Isso dialoga com o que Papalia e Feldman (2013) apontam, ao afirmarem que essas características fazem parte do

desenvolvimento infantil e são esperadas nessa fase, não devendo ser automaticamente interpretadas como sinais de um transtorno. P6 explicou que o Transtorno do Processamento Auditivo Central (TPAC) pode ser confundido com TDAH, já que o primeiro envolve falhas na percepção do som e não na audição propriamente dita. Ele observou que essa diferenciação só é possível com acompanhamento fonoaudiológico e exames específicos, geralmente indicados a partir dos seis anos. P6 reforçou a importância da atualização constante dos profissionais e do trabalho conjunto entre diferentes áreas, conforme defendem Effgem *et al.* (2017), que apontam o valor de parcerias entre psicólogos, fonoaudiólogos e pedagogos na busca por diagnósticos mais precisos.

P1, P2 e P3 chamaram atenção para a importância de levantar diferentes hipóteses diagnósticas, como ansiedade, dificuldades escolares, TEA e comorbidades associadas. P1 destacou que é essencial descartar possibilidades antes de definir um diagnóstico, enquanto P2 ressaltou que o TDAH pode coexistir com outros transtornos, como ansiedade e depressão. Essa postura demonstra uma prática cuidadosa, coerente com o que defendem Graeff e Vaz (2008), que entendem o diagnóstico como um processo construído a partir de múltiplas fontes de informação e não apenas dos manuais clínicos.

Outros fatores que podem dificultar o diagnóstico de TDAH em crianças envolvem aspectos socioculturais, como apontaram P1, P2, P3 e P4, ao destacarem a resistência familiar como um dos principais entraves, especialmente quando os pais minimizam os sintomas, negam a possibilidade diagnóstica ou respondem de forma tendenciosa às escalas e testes psicológicos aplicados. Essa resistência dos pais pode sinalizar medo de o filho precisar usar medicação e o estigma do diagnóstico. Deste modo, os participantes reconheceram o peso dos fatores sociais e culturais sobre o processo avaliativo. Tal percepção vai de acordo com Beltrame, Gesser e Souza (2019), que discutem como a medicalização gera reações sociais de resistência e medo, por representar uma ameaça ao que é entendido como normalidade da criança dentro da família.

Entretanto, há nuances na forma como essa resistência é interpretada. P3, por exemplo, a entende como um obstáculo à efetividade da avaliação, atribuindo-a à falta de compreensão dos pais, o que sugere uma leitura mais individualizada do problema. Essa postura se aproxima do que Pascoal *et al.* (2018) descrevem como a tendência do psicólogo clínico a situar a dificuldade nos sujeitos, sem questionar as condições

estruturais que produzem tais resistências. Em contraste, P1 e P2 demonstraram uma compreensão mais ampliada ao associar a negação familiar à insegurança diante do uso de medicamentos, reconhecendo, portanto, uma dimensão social mais ampla do fenômeno. Assim, embora P3 compreenda a resistência familiar como um obstáculo individual à avaliação, P1 e P2 a reconhecem como um fator que reflete dimensões sociais e culturais.

Outro ponto relevante foi a dificuldade de engajamento das crianças durante as avaliações, destacada principalmente por P1 e P2, que relataram comportamentos de frustração, recusa e desinteresse. Esses relatos mostram sensibilidade clínica dos profissionais em reconhecer que o comportamento infantil pode ser influenciado pelo contexto e pela relação com o avaliador. Essa percepção está alinhada ao que Guarido e Voltolini (2009) defendem ao afirmarem que o comportamento não deve ser tomado isoladamente, mas entendido dentro das relações que o produzem.

Além disso, P1 apresentou uma reflexão crítica ao relatar que algumas famílias buscam o diagnóstico de forma insistente, especialmente o de TEA, o que interfere no processo avaliativo e, de forma complementar, abordou que comportamentos como desmotivação, ansiedade ou luto podem ser confundidos com sintomas do transtorno, especialmente quando a análise se baseia apenas em relatos escolares ou familiares. Essa observação mostra que P1 pareceu identificar as pressões sociais que atravessam o campo clínico. O reconhecimento de que há uma demanda pelo diagnóstico aproxima-se do que Lima e Santos (2021) discutem ao compreender a busca por rótulos diagnósticos como tentativa de dar nome a comportamentos que a escola e a sociedade não conseguem acolher. Assim, a percepção de P1 sobre o desejo das famílias de obter um diagnóstico indica que o profissional considera o processo não apenas como técnico, mas também como fenômeno social, o que demonstra um olhar ampliado e crítico, em conformidade com uma abordagem menos reducionista do diagnóstico.

P1 evidenciou outro aspecto relevante: a presença do psicólogo como autoridade durante as avaliações pode alterar o comportamento da criança, especialmente em casos mais leves. Isso evidencia que o diagnóstico não é neutro, mas envolve interações sociais e contextuais que podem modificar a apresentação dos sintomas, dialogando com Silva e Canavêz (2017), que enfatizam a necessidade da atuação da psicologia clínica de forma crítica.

Outro aspecto importante observado nas entrevistas foi a necessidade da avaliação multiprofissional e da continuidade do acompanhamento psicológico após o diagnóstico. Cinco dos seis participantes, P1, P2, P3, P4 e P6, destacaram a necessidade de encaminhamentos a outros profissionais, como neurologistas, psiquiatras infantis, pediatras e outros profissionais, como fonoaudiólogos e psicopedagogos, como sendo práticas recorrentes no processo de avaliação e tratamento do TDAH. Essa articulação entre diferentes áreas demonstra uma compreensão ampliada e está em consonância com Missawa e Rossetti (2014), que ressaltam a relevância da atuação multidisciplinar para garantir diagnósticos mais precisos e intervenções mais eficazes.

P1 e P4 compreenderam o diagnóstico não como um fim em si mesmo, mas como o início de um processo contínuo de intervenção. Conforme apontado pelos dois, o foco do acompanhamento deve estar no período posterior ao diagnóstico, priorizando a adaptação, o suporte contínuo e a valorização da singularidade de cada criança. O essencial não é o diagnóstico em si, mas o que é feito depois dele, ou seja, a forma como o psicólogo e a rede de apoio auxiliam a criança a compreender suas próprias formas de funcionamento e a desenvolver estratégias de enfrentamento no cotidiano. P4 também enfatizou que cada criança tem seu próprio tempo de aprender e que nenhuma pessoa deveria ser definida apenas pelo diagnóstico que recebe. Essa perspectiva do processo psicoterapêutico destaca a importância de considerar o sujeito para além de seus sintomas, reconhecendo suas potencialidades e individualidades, aspecto também enfatizado por Donizetti (2022), que defende o diagnóstico como um processo dinâmico de compreensão e não como uma conclusão fechada, e reafirma o papel ético do psicólogo em promover o cuidado.

P2 e P3 também reforçaram essa compreensão, relatando que o momento posterior ao diagnóstico é decisivo para a adesão ao tratamento e para a efetividade das intervenções. P2 ressaltou que a devolutiva clara e acolhedora para a família da criança é essencial para evitar sentimento de culpa ou incompreensão, enquanto P3 enfatizou o papel da psicoterapia e da orientação parental como estratégias fundamentais para consolidar os avanços durante o processo diagnóstico. Neste sentido, Graeff e Vaz (2008) defendem a psicoterapia infantil como espaço de elaboração simbólica, fortalecimento da autorregulação e desenvolvimento da autonomia, e com Rozeira *et al.* (2024), que destacam a importância da corresponsabilidade familiar e escolar.

Os relatos dos seis participantes indicaram que a articulação entre profissionais e contextos, especialmente o clínico, familiar e escolar, é o que garante a continuidade e a efetividade do tratamento. Ainda que P1 aponte limitações estruturais, como a dificuldade de manter contato direto com escolas, há um consenso sobre a necessidade de uma rede de apoio integrada. Essa compreensão reforça o que Gonçalves *et al.* (2020) defendem, ao destacar o trabalho colaborativo como caminhos para fortalecer vínculos, reduzir estigmas e promover uma abordagem mais ética e humanizada da criança diagnosticada com TDAH.

Além disso, P1, P2, P3, P4 e P6 relataram a importância de considerar fatores sociais, culturais e econômicos também no processo de encaminhamentos. Situações de vulnerabilidade, instabilidade familiar e desigualdades no acesso a recursos foram apontadas como variáveis que podem exercer influência no tratamento do TDAH, o que está em consonância com o descrito por Brzozowski (2013) discute ao destacar que o contexto social e as experiências de vida da criança como determinantes para o tratamento do transtorno.

Dessa forma, o encaminhamento pós-diagnóstico representa a transição entre a avaliação e a intervenção, integrando diferentes práticas voltadas ao desenvolvimento integral da criança. Compreender esse processo evidencia que o cuidado não se limita ao momento do diagnóstico, mas se estende às estratégias terapêuticas adotadas posteriormente.

Entre essas estratégias, o uso da medicação foi destacado por P1, P2, P3, P4, P5 e P6. De forma geral, as falas de todos os participantes indicam que a medicação é compreendida como um recurso complementar, e não como uma solução isolada. Destacaram que a administração de fármacos no tratamento do TDAH infantil deve ser feita com cautela, sempre inserida no contexto da criança, acompanhada de psicoterapia, e considerando tanto seus benefícios quanto suas limitações. Essa compreensão se alinha ao que Effgem *et al.* (2017) e Oliveira (2023) apontam sobre a necessidade de integrar o manejo farmacológico a estratégias psicossociais e psicoterapêuticas, de modo a evitar o reducionismo biológico do comportamento infantil.

P1 expressou uma postura crítica diante da prescrição excessiva de estimulantes, como Ritalina e Venvanse, argumentando que muitos casos são medicalizados para atender à conveniência familiar ou escolar. A profissional destacou que o medicamento não deve ser utilizado apenas para facilitar a rotina dos

pais, mas sim quando há prejuízos significativos para o desenvolvimento e o bem-estar da criança. Essa perspectiva é sustentada por autores como Lima e Santos (2021) e Pascoal *et al.* (2018), que apontam a medicalização como uma forma de disciplinamento dos corpos infantis e de silenciamento das diferenças, funcionando como um instrumento de ajuste da criança a normas sociais rígidas, moldando seu comportamento para se adequar a padrões considerados aceitáveis.

P4 e P5 também se mostraram contrárias à prescrição medicamentosa em casos leves, defendendo que o tratamento deve priorizar ajustes ambientais e psicoterapêuticos. P5 destacou que o ambiente familiar exerce papel central na regulação do comportamento da criança, e que intervenções voltadas à rotina, aos limites e à comunicação familiar podem produzir resultados significativos sem o uso de psicofármacos. Essa visão dialoga com Rozeira *et al.* (2024), que defendem a corresponsabilidade dos contextos escolar e familiar no manejo dos sintomas, e com Gonçalves *et al.* (2020), que ressaltam o papel da psicoeducação na redução de estigmas e no fortalecimento do vínculo parental.

P2, P3 e P6 apresentaram perspectivas mais favoráveis sobre o uso da medicação no tratamento do TDAH infantil, enfatizando que deve ser individualizado e sempre acompanhado de intervenções psicoterapêuticas e educativas. P6 ilustrou essa prática com o caso de uma criança com sintomas graves, como dificuldade de controle dos esfíncteres e episódios de compulsão alimentar, observando melhora no controle corporal, redução da impulsividade e maior capacidade de reflexão após quatro meses de uso contínuo do medicamento, mas ressaltando também a necessidade de monitorar efeitos adversos iniciais, como enjojo e apatia, e ajustar o tratamento conforme a resposta da criança, reforçando a perspectiva de Guarido e Voltolini (2009) sobre a importância de considerar a singularidade e o contexto de vida do sujeito. De forma semelhante, P2 apontou que, em casos mais intensos, o metilfenidato pode auxiliar na centralização do funcionamento cognitivo e comportamental, sem substituir o acompanhamento clínico contínuo, como destacam Pascoal *et al.* (2018) sobre a necessidade de avaliar riscos e benefícios do uso de psicoestimulantes. De forma semelhante, P3 reconhece a resistência de muitas famílias ao tratamento farmacológico, especialmente por temores relacionados à dependência, mas enfatiza que, quando bem indicado e acompanhado, o medicamento contribui para o aumento da atenção e para a organização psíquica da criança, refletindo a necessidade de equilibrar a crítica à medicalização, como alertam

Silva e Canavêz (2017) e Lima e Santos (2021), com o reconhecimento de sua eficácia, conforme destacam Onofre *et al.* (2023).

A importância do acompanhamento contínuo também foi enfatizada por P1 e P6, que destacaram que cada caso requer avaliação singular quanto à dosagem e à duração do tratamento. Essas observações reforçam o que Braghini (2016) e Donizetti (2022) propõem sobre a importância da integração entre dimensões biológicas e subjetivas no acompanhamento infantil.

Além da medicação, os participantes destacaram alternativas e complementos terapêuticos fundamentais. P1 mencionou a realização de atividades físicas e esportivas como um meio de canalizar a energia e desenvolver autocontrole, defendendo também o acompanhamento neuropsicológico e psicoterápico como opções alternativas em casos leves. Essa perspectiva é consonante com Graeff e Vaz (2008), que ressaltam o papel da psicoterapia infantil como espaço de elaboração simbólica e de fortalecimento da autorregulação emocional.

De modo geral, os participantes consideraram que o uso da medicação quando feito dentro de um plano de cuidado mais amplo, que inclui escuta, acolhimento e articulação com a família, equipe e a escola pode sim trazer benefícios, mas é necessário o cuidado para não se tornar o único recurso utilizado. Essa postura reafirma o compromisso do psicólogo em compreender a criança para além de seus sintomas, promovendo uma atenção integral e humanizada um movimento em consonância com as reflexões de Sanches e Amarante (2014) e Rozeira *et al.* (2024), que defendem práticas clínicas capazes de resistir à tendência medicalizante e de resgatar a singularidade do sujeito no processo diagnóstico e terapêutico.

Outros aspectos também foram abordados por P2 e P4. Por exemplo, P4 enfatizou a importância de explorar o que a criança tem de melhor, relatando casos em que jovens com deficiência intelectual ou TDAH alcançaram sucesso profissional mediante o reconhecimento de suas habilidades únicas, como um jovem com esses diagnósticos que se tornou funcionário do metrô e pode consolidar-se na área profissional. Essa postura considera o indivíduo além do rótulo diagnóstico e limitante, alinhando-se ao princípio ético defendido pelo Conselho Federal de Psicologia (2022), que orienta os psicólogos a não reduzirem a pessoa à sua condição clínica. As analogias utilizadas por P4, como comparar a desatenção a ouvir uma palestra em idioma incompreensível, serviram para contextualizar o sofrimento vivenciado por crianças dentro dos seus contextos e evitar a patologização de experiências normais,

o que se alinha com os apontamentos de Brzozowski (2013) e Pascoal *et al.* (2018) que destacam os riscos de desconsiderar a complexidade da infância. Esses relatos reforçam que o diagnóstico deve funcionar como um recurso para promover o desenvolvimento da criança, evidenciando uma prática clínica que valoriza sua singularidade e potencial, em vez de reduzi-la a uma condição patológica.

Dessa forma, o diagnóstico deixa de ser apenas um rótulo e passa a ser compreendido como parte de um processo mais amplo de escuta, compreensão e intervenção. Tal perspectiva amplia as possibilidades de ação do psicólogo clínico e contribui para práticas menos reducionistas, mais integradas e mais sensíveis à complexidade que envolve o desenvolvimento infantil.

A presente pesquisa investigou as seguintes hipóteses:

1 - Os critérios de diagnóstico empregados pelos psicólogos clínicos para compor o diagnóstico do TDAH em crianças serão restritos aos critérios nosológicos descritos por manuais como o DSM-5 (APA, 2014).

A hipótese foi refutada. Os resultados indicaram que, embora o DSM-5 seja utilizado como referência inicial para a compreensão dos sintomas e critérios formais do TDAH, os psicólogos não se restringem ao manual na prática clínica. As falas dos participantes mostraram que o diagnóstico é construído a partir de uma avaliação ampliada, que considera o contexto familiar, escolar e emocional da criança, priorizando uma escuta clínica que vá além da simples observação dos comportamentos descritos no manual. Assim, o DSM-5 aparece mais como um instrumento de apoio técnico, e não como determinante do diagnóstico. Essa postura reflete uma compreensão crítica do processo diagnóstico, aproximando-se de uma perspectiva mais compreensiva e relacional, em vez de puramente nosológica.

2- O psicólogo clínico considerará os aspectos sociais, culturais e econômicos durante o diagnóstico de TDAH, mas não considerará a influência desses fatores externos como causas ou explicações dos comportamentos da criança.

A hipótese foi parcialmente confirmada. De fato, os participantes reconheceram a importância dos aspectos sociais, culturais e econômicos no modo como os sintomas se manifestam e são percebidos. No entanto, P3, P5 e P6 consideraram que esses fatores podem influenciar diretamente os comportamentos das crianças e até mesmo o processo de busca por diagnóstico. Os resultados apontaram para uma compreensão de que o TDAH não pode ser analisado isoladamente da realidade social em que a criança está inserida, como por exemplo, o ritmo escolar, as

exigências familiares ou as condições de vida. Dessa forma, os fatores externos são vistos não apenas como contextos, mas como elementos que interferem ativamente na expressão e interpretação dos sintomas.

3 - Os encaminhamentos mais realizados pelos psicólogos clínicos para compor o diagnóstico do TDAH em crianças serão para neurologistas, pediatras e psiquiatras.

A hipótese foi confirmada. Os resultados demonstraram que os encaminhamentos médicos, especialmente para neurologistas e psiquiatras, são os mais frequentes no processo de diagnóstico do TDAH. Isso se deve à necessidade de avaliação multidisciplinar e à busca por descartar causas orgânicas antes de fechar o diagnóstico psicológico. P2 e P5 também mencionaram o encaminhamento para psicopedagogos, a fim de compreender o desempenho acadêmico. Ainda assim, os profissionais de especialidades médicas permanecem como os principais parceiros na composição diagnóstica, confirmando a hipótese e reforçando o caráter multidisciplinar da avaliação.

Ressalta-se que uma das principais dificuldades encontradas para a realização da presente pesquisa foi a adesão reduzida de profissionais com experiência específica no diagnóstico de TDAH em crianças. Apesar de os psicólogos terem se mostrado receptivos, apenas seis dos onze profissionais convidados aceitaram participar do estudo. Essa adesão limitada revela desafios comuns em pesquisas com profissionais da área, como agendas concorridas, disponibilidade restrita e questões logísticas envolvendo horários e deslocamentos. A baixa participação restringiu a diversidade de perspectivas analisadas, o que deve ser considerado ao interpretar os resultados, indicando a necessidade de estratégias de aproximação mais flexíveis em futuros estudos com psicólogos clínicos.

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se que o estudo contou apenas com psicólogos clínicos, sem a participação de outros profissionais envolvidos no processo diagnóstico, como neurologistas, psiquiatras ou pedagogos, restringindo a compreensão do fenômeno em sua totalidade. Além disso, todos os participantes atuam na cidade de São Paulo/SP e regiões próximas, reduzindo a possibilidade de generalização para outras realidades. Também não foram ouvidas as perspectivas de familiares, professores ou cuidadores, fundamentais para uma compreensão mais ampla do processo avaliativo.

Para as pesquisadoras, apesar dos desafios enfrentados no decorrer da investigação, a realização deste estudo foi de extrema relevância para a formação acadêmica e profissional, pois possibilitou aprofundamento na compreensão dos processos diagnósticos do TDAH na infância e evidenciou a importância de um olhar ético, contextualizado e crítico por parte do psicólogo. O contato com diferentes perspectivas profissionais e a análise das práticas clínicas contribuíram não apenas para a construção de conhecimento, mas também para a ampliação da sensibilidade em relação à complexidade do fenômeno, oferecendo subsídios valiosos para a atuação futura na área.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi possível compreender de forma aprofundada como os psicólogos clínicos realizam o diagnóstico do TDAH em crianças, abrangendo os critérios utilizados, os instrumentos aplicados, as pessoas ouvidas no processo e as estratégias clínicas adotadas. Além disso, foi possível analisar como esses profissionais articulam os aspectos biopsicossociais no processo avaliativo, considerando o contexto familiar e escolar, bem como refletir sobre o papel do psicólogo diante do aumento dos diagnósticos e do fenômeno da medicalização. A investigação também permitiu identificar os encaminhamentos mais comuns na prática clínica, a relevância da escuta qualificada e a necessidade de uma avaliação cuidadosa e ética para evitar diagnósticos precipitados e reducionistas.

Conclui-se que a atuação do psicólogo clínico no diagnóstico de TDAH é de extrema importância, não apenas para identificar os sintomas e compreender o prejuízo funcional apresentado pela criança, mas também para contextualizar esses comportamentos em sua história de vida, nas relações afetivas, no ambiente escolar e nas demandas sociais.

Evidenciou-se que o diagnóstico não deve se limitar a comportamentos isolados, mas considerar o impacto desses comportamentos na rotina da criança. Destaca-se ainda que o trabalho do psicólogo não se restringe à etapa pós-diagnóstica, mas envolve todo um processo minucioso de avaliação, escuta e orientação à família e à escola. Além disso, os resultados indicam que o diagnóstico do TDAH não deve ser responsabilidade exclusiva do psicólogo, havendo a necessidade de uma atuação multiprofissional para que a criança seja compreendida de maneira integral, articulando práticas clínicas, pedagógicas, médicas e familiares.

Com os resultados obtidos, foi possível constatar que, durante a atuação dos psicólogos clínicos, objetivos centrais se destacam: acolher a criança e sua família, compreender o sofrimento psíquico envolvido, identificar os prejuízos funcionais, integrar informações de diferentes contextos e promover intervenções adequadas e personalizadas. Observou-se também a busca por estratégias que vão além da medicação, como a psicoterapia, o apoio parental e a orientação escolar. No entanto, também foram identificados desafios que dificultam esse processo, como a resistência de alguns responsáveis em aceitar o diagnóstico, a pressão social por respostas rápidas, a confusão entre TDAH e outros transtornos ou dificuldades emocionais, e a

influência da medicalização, que pode reduzir a complexidade do fenômeno a uma explicação apenas biológica. Soma-se a isso a falta de preparo de alguns profissionais da saúde e da educação, bem como a escassez de recursos em determinados contextos, o que pode comprometer a qualidade do diagnóstico e do tratamento.

Considerando todos esses dados sobre a atuação do psicólogo clínico no diagnóstico do TDAH, ressalta-se a necessidade de novos estudos que aprofundem a prática diagnóstica a partir de uma perspectiva crítica e contextualizada, especialmente no que diz respeito aos impactos da medicalização, à formação dos profissionais e ao papel da escola no processo de encaminhamento e intervenção. Seria relevante também incluir pesquisas que envolvam outros membros da equipe multiprofissional, como médicos, fonoaudiólogos, psicopedagogos e professores, para que cada um possa explicitar sua contribuição no processo avaliativo e terapêutico. A inclusão de familiares e professores poderia enriquecer a análise ao trazer percepções complementares sobre os critérios utilizados e o impacto do diagnóstico na vida da criança. Além disso, uma coleta de dados mais abrangente, envolvendo participantes de diferentes regiões do Brasil e utilizando múltiplas técnicas de investigação, poderia tornar os resultados mais representativos e aplicáveis a diversas realidades clínicas.

Ademais, esta pesquisa mostrou-se significativa para os pesquisadores, pois possibilitou compreender a complexidade do diagnóstico de TDAH em crianças e a responsabilidade do psicólogo clínico diante das demandas sociais, emocionais e éticas envolvidas. Conclui-se que é imprescindível valorizar cada vez mais a atuação do psicólogo e promover práticas que respeitem a singularidade de cada criança, evitando reduções patologizantes e incentivando intervenções que promovam o desenvolvimento integral, a autonomia e o bem-estar infantil.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24, e42566, 3 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.42566> Acesso em: 10 jan. 2024.

BELTRAME, Rudinei Luiz *et al.* Ouvindo crianças sobre sentidos e significados atribuídos ao TDAH. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, p. 557-565, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193899> Acesso em: 2 fev. 2024

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni; SCHELINI, Patrícia Waltz; CASELLA, Erasmo Barbante. Instrumento para avaliação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescentes e adultos. **Bol. psicol.** São Paulo, v. 59, n. 131, p. 137-151, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 15 fev. 2024.

BERTOLDO, L. T. M.; FEIJÓ, L. P.; BENETTI, S. P. da C. Intervenções para o TDAH infanto-juvenil que incluem pais como parte do tratamento. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 427–452, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/33454>. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRAGHINI, Sandra. **Medicalização da infância: uma análise bibliográfica**. 2016. 1 recurso online (103 p.) Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1628483>. Acesso em: 5 abr. 2024.

BRASIL, Aline Pires. de Albuquerque. A importância do conhecimento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na educação infantil para o desenvolvimento de uma aprendizagem adequada para este aluno. **Cadernos de Estudos e Pesquisa na Educação Básica**, Recife, v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/cadernoscap/article/view/251522>. Acesso em: 5 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

Acesso em: 19 abr. 2024.

BRZOZOWSKI, Fabio Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208–221, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>. Acesso em: 3 maio 2024.

CARNEIRO, Maria Sylvia Cardoso. Reflexões sobre a avaliação da aprendizagem de alunos da modalidade Educação Especial na Educação Básica. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 44, p. 513-530, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X7190>. Acesso em: 12 maio 2024.

CARVALHO, Aline dos Santos Moreira *et al.* TDAH – diagnóstico e papel do professor. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e17711225724, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25724>. Acesso em: 1 jun. 2024.

CHRISTOFARI, Ana Carolina; FREITAS, Claudia Rodrigues de; BAPTISTA, Claudio Roberto. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623642057>. Acesso em: 25 jun. 2024

COLE, Michael; COLE, Sheila R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Porto Alegre Artmed, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 23, de 13 de outubro de 2022**. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2019. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-23-2022-institui-condicoes-para-concessao-e-registro-de-psicologa-e-psicologo-especialistas-reconhece-as-especialidades-da-psicologia-e-revoga-as-resolucoes-cfp-n-13-de-14-de-setembro-de-2007-n-3-de-5-de-fevereiro-de-2016-n-18-de-5-de-setembro-de-2019>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha não à medicalização da vida: medicalização da educação**. Brasília, DF: CFP, 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/subsidios-para-a-campanha-nao-a-medicalizacao-da-vida-medicalizacao-da-educacao>. Acesso em: 2 jan. 2024.

CRESPI, Livia; NORO, Deisi; NÓBILE, Márcia Finimundi. Desenvolvimento na primeira infância: convergindo neurociência e educação. **Revista Contexto & Educação**, v. 38, n. 120, p. e10970, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/10970>. Acesso em: 9 jan. 2024.

CRUZ, Bruna de Almeida *et al.* Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 21, n. 3, p. 282-292, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160027>. Acesso em: 14 fev. 2024.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; OKAMOTO, Mary Yoko; FERRAZZA, Daniele de Andrade. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ea medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 703-714, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>. Acesso em: 28 fev. 2024

DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 21-27

DONIZETTI, Iara Da Silva. TDAH e a importância de um diagnóstico correto. **Caderno Intersaberes**, v. 11, n. 32, p. 18-31, 2022. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/2221>. Acesso em: 21 mar. 2024

EFFGEM, Virginia *et al.* A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH: processo diagnóstico e práticas de tratamento. **Construção Psicopedagógica**, v. 25, n. 26, p. 34-45, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542017000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2024

FIGUERÊDO, Raiza Barros de; CRUZ, Fatima Maria Leite. Psicologia: profissão feminina? A visão dos estudantes de Psicologia. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, p. 803-828, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p803>. Acesso em: 25 abr. 2024.

GALLO, Alex Eduardo; ALENCAR, José S. **A Psicologia do Desenvolvimento da Criança**. Maringá: CESUMAR (Centro Universitário de Maringá), 2012.

GIRÃO, Marina Serejo; COLAÇO, Veriana de Fátima Rodrigues. TDAH na infância contemporânea: um olhar a partir da sociologia da infância e da psicologia histórico-cultural. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-13, abr. 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100013. Acesso em: 11 jun. 2024

GONÇALVES, Josiane Peres. Ciclo vital: início, desenvolvimento e fim da vida humana possíveis contribuições para educadores. **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 31, n. 98, p. 79–110, 2016. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/5469>.

Acesso em: 23 maio 2024.

GONÇALVES, Julio Cezar *et al.* Grupos de Orientação Parental: um relato de experiência. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 364-373, 2020. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2782>. Acesso em: 9 maio 2024.

GONÇALVES, Valquiria Maria; KIENEN, Nádia; HAYDU, Verônica Bender. Formação científica e sua relação com a capacitação profissional do psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, e256428, 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513777286004.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicologia USP**, v. 19, p. 341-361, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GRANJEAO, Rakelle Santos Almeida; JUNIOR, José Rocha Moreira; SOUZA, Antônia Lourosa. O Papel dos Professores no Diagnóstico do TDAH: Desafios para Gestão Pública da Educação. **REVISTA CIENTÍFICA ACERTTE-ISSN 2763-8928**, v. 3, n. 9, p. e39151-e39151, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/acertte.v3i9.151>. Acesso em: 28 jun. 2024.

GUARIDO, Rafael; VOLTOLINI, Ricardo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239–263, abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/J5KmmZvQkNS9TbSKcLmp3yL/>. Acesso em: 30 out. 2025

JAFFERIAN, Vera Helena Peres; BARONE, Leda Maria Codeço. A construção e a desconstrução do rótulo do TDAH na intervenção psicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 32, n. 98, p.118-127, 2015. Disponível em: <https://revistapsicopedagogia.com.br/revista/article/view/438>. Acesso em: 30 out. 2025

JUNIOR, Evaldo Dantas da Silva; SALAZA, Leopoldo Oscar Briones. A neurociência na educação infantil: desafios e oportunidades para o atendimento de crianças com TDAH. **Humanidades & Tecnologia (FINOM)**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/5686. Acesso em: 15 maio 2024.

KAMERS, Marcia. La fabricación de la locura en la infancia: psiquiatrización del discurso y medicalización del niño. **Estilos da Clínica**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010. Acesso em: 30 out. 2025

KROMINSKI, Vanessa de Jesus; LOPES, Renice Ribeiro; FONSECA, Débora Cristina. A normatização do conceito criança e adolescente numa perspectiva histórico-cultural. **Cadernos da Pedagogia**, v. 14, n. 30, 2020. Disponível em: <https://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1478>. Acesso em: 8 mar. 2024.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SILVA, Silvia Maria Cintra da. A relevância da escola no desenvolvimento das funções mentais superiores: contrapondo-se à medicalização. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 26, e235560, 2022. Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392022235560>. Acesso em: 9 jan. 2024.

LIMA, Heliane de; SANTOS, Daniel Kerry dos. O diagnóstico de TDAH e seus efeitos de subjetivação: uma análise das trajetórias escolares de jovens universitários. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 27–51, 2021. DOI: 10.5433/2236-6407.2021v12n1p27. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n1p27>. Acesso em: 14 mar. 2024.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. [S.l.]: LA Referencia, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788579830877>. Acesso em: 2 fev. 2024.

MAINARDI, Sabrina Magossi; OKAMOTO, Mary Yoko. Desenvolvimento das crianças: um olhar sobre o papel da família e o papel da escola na perspectiva dos pais. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 822-839, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/7952?source=/index.php/psicologiaemrevista/article/view/7952>. Acesso em: 19 jun. 2024.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Construção psicopedagógica**, v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-69542014000100007&script=sci_abstract. Acesso em: 5 abr. 2024.

MOTA, Ana Regina. A medicalização da infância como dispositivo de controle nos espaços escolares. **Unir.br**, 2019. Disponível em: <https://ri.unir.br/jspui/handle/123456789/2852>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. Densidades: **Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, v. 1, p. 11–21, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822013000100002. Acesso em: 10 maio 2024.

MUNHOZ, Tiago N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00316920, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>. Acesso em: 21 fev. 2024.

NEVES, Tiago Iwasawa; SOUZA, Vinicius José de Lima. Patologia do desempenho: TDAH, drogas estimulantes e formas de sofrimento no capitalismo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e236353, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003236353>. Acesso em: 3 jun. 2024.

OLIVEIRA, Samara. A avaliação psicológica no Brasil: revisão bibliográfica da literatura brasileira. **Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, v. 15, n. 02, 15 out. 2023. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/24875>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ONOFRE, Adelino Domingos *et al.* Intervenções psicoterapêuticas no tratamento do transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade em crianças. In: **OPEN SCIENCE RESEARCH XI**. Editora Científica Digital, 2023. p. 774-786. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/230512993.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2024.

PAPALIA, Diane Elizabeth.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASCOAL, Paulo Henrique Almeida *et al.* Os discursos de profissionais da saúde acerca do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 222-229, 2018. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/861>. Acesso em: 9 jan. 2024.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 91-103, dez. 2008. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942008000200008&script=sci_artt_ext. Acesso em: 27 maio 2024.

PIRES, Thiago de Oliveira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; ASSIS, Simone Gonçalves de. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 624-633, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/yDfwgymmXn36gkdHqXmRW/Cw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 fev. 2024.

PORTO, Mayara de Souza Mello. Medicalização de crianças com TDAH e a relação com o universo escolar: **metassíntese**. [S.l.]: Ufal.br, 2015. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/10191>. Acesso em: 12 abr. 2024.

RÉGIS, Helder Pontes; D'ÁVILA, Geyza Cunha; OLIVEIRA, Lúcia Maria Barbosa de. Redes sociais e indicações para processos de recrutamento e seleção: uma análise pela perspectiva dos candidatos. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 65–80, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/17282>. Acesso em: 30 jan. 2024.

ROSA, Simoni da; BATISTA, Ana Paula Leão. Qual a importância de um teste projetivo como o H.T.P. para auxiliar na avaliação psicológica em crianças com dificuldade de aprendizagem. Caminhos: **revista online de divulgação científica da UNIDAVI**, Rio do Sul, ano 5, n. 11, p. 37-54, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://orientlivros.com.br/wp-content/uploads/2022/10/HTP-e-dificuldade-de-aprendizagem.pdf>. Acesso em: 15 maio 2024.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar Dos Santos. Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: **Artmed**, 2015.

ROZEIRA, Carlos Henrique Barbosa *et al.* A Escola e a Epidemia Silenciosa da Psicopatologização e da Medicalização. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 2056-2076, 2024. Disponível em: <https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/1732>. Acesso em: 20 mar. 2024.

ROZEIRA, Carlos Henrique Barbosa; SILVA, Marcos Fernandes da. A PSICOPATOLOGIZAÇÃO DA VIDA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 86, 2021. DOI: 10.51161/rem/2843. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2843>. Acesso em: 25 jun. 2024.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 506-514, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n102/506-514/pt>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SILVA, Livia Machado; CANAVEZ, Fernanda. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 117-129, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000300011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2024.

SILVA, Maria Aparecida Santiago da; TULESKI, Silvana Calvo. Patopsicologia Experimental: Abordagem histórico-cultural para o entendimento do sofrimento mental. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 20, p. 207-216, 2015.

Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150022>. Acesso em: 29 maio 2024.

SOARES, Ana Cláudia Constant; SILVA, Kelly da; ZUANETTI, Patrícia Aparecida. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. **Audiology-Communication Research**, São Paulo, v. 22, p. e1745, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1745>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SOUZA, Julia Helena Alves de; NUNES, Marina Estima Neiva; HAMAD, Ana Paula Andrade; ZUANETTI, Patrícia Aparecida. Linguagem oral em crianças pré-escolares com diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. e66100, 2024. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/66100>. Acesso em: 16 abr. 2024.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 22, p. 301-308, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000300008>. Acesso em: 22 jan. 2024.

VIZOTTO, Luana Paula; FERRAZZA, Daniele de Andrade. A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. **Estud. psicol.** (Natal) [online]. 2017, vol.22, n.2, pp.214-224. ISSN 1413-294X. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170022>. Acesso em: 18 jun. 2024.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Gênero:

Idade:

Tempo de atuação em psicologia:

Tempo de experiência no atendimento clínico infantil:

Graduação em psicologia: instituição e quando foi concluída:

Pós-graduação:

1- Quais os sinais nos primeiros atendimentos com a criança que podem indicar um possível diagnóstico de TDAH?

2- Quais os critérios adotados por você para identificar um quadro de TDAH em crianças?

3- Quais os instrumentos empregados e quais pessoas são ouvidas para você podem compor o diagnóstico ou a avaliação de TDAH em crianças?

4- Se a criança contemplar apresentar o TDAH, quais são os encaminhamentos feitos por você para compor o diagnóstico e tratamento desta criança?

5- Quais características no comportamento da criança podem ser confundidas com sintomas de TDAH? Como você lida com essas diferenças?

6- De que forma o ambiente familiar e escolar influenciam o diagnóstico de TDAH? Você considera esses contextos durante a avaliação psicológica?

7- Quais as estratégias de intervenção usadas por você para o tratamento do TDAH em crianças? Você considera importante o uso de medicação para estes casos?

8- Em sua experiência, quais são os principais fatores que tornam o diagnóstico de TDAH desafiador na infância?

9- Você quer comentar mais algum ponto ou complementar alguma resposta?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Reflexões sobre o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade realizado por psicólogos clínicos em crianças” que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Brendon Oliveira Mendes, Bruna Santana Costa Abrahão, Grasielle Souza do Carmo, João Victor Alves Caminha, Khamila Ferreira de Oliveira Manoel, Sabrine Burssed Sampaio e Estella Kirejjan Lopes. que pertence(m) ao Curso de Psicologia da Universidade Paulista.

O(s) objetivo(s) deste estudo identificar é identificar quais os critérios utilizados por psicólogos clínicos para realizar o diagnóstico de TDAH em crianças. Os resultados contribuirão para a sociedade, pois a realização da pesquisa pode favorecer melhorias no atendimento para a população, pode colaborar com reflexões acerca da prática do psicólogo neste contexto e com novas possibilidades de atuação, além da relevância acadêmica, pois pode fornecer conhecimentos para que estudantes de psicologia possam contextualizar sua formação com a realidade da sociedade atual.

Sua participação consiste em responder às questões propostas pelos pesquisadores durante uma entrevista, que ocorrerá de forma presencial. A entrevista será guiada por um roteiro composto por nove perguntas semiabertas, que abordarão os critérios, instrumentos e pessoas ouvidas pelo psicólogo para realizar a avaliação psicológica da criança e poder elaborar o diagnóstico; quais os encaminhamentos feitos pelo psicólogo; quais as estratégias de intervenção empregadas no tratamento do TDAH; a percepção do psicólogo sobre os contextos de vida da criança, tais como escola, relações com pares, que podem contribuir para elaborar a avaliação psicológica. A entrevista terá duração aproximada de 40 minutos. Pedimos a tua autorização para que a entrevista seja gravada em áudio e para tal utilizaremos um gravador para melhor captação das respostas. Após a realização da entrevista, o áudio será transcrito na íntegra para posterior análise dos pesquisadores.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo e esse risco pode ser explicado como um possível constrangimento ou desconforto ao responder as questões propostas pelos pesquisadores. Para tentar amenizar esse risco, você como participante tem total liberdade para responder ou não as perguntas sem qualquer prejuízo ou constrangimento e pode interromper ou desistir da entrevista a qualquer momento. Em caso do desconforto persistir, será acolhido e poderá buscar atendimento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista – Unip Marquês, que se encontra no endereço: Av. Comendador Martinelli, 72 - Vila Chalot - São Paulo – SP, podendo ser entrado em contato pelo telefone: (11) 3611-3030

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: você será beneficiado podendo refletir sobre a tua atuação junto a crianças que apresentam TDAH, além de poder colaborar com a troca de experiências e conhecimentos referente a prática clínica, podendo enriquecer a sua prática. Além disso, terá acesso aos resultados da pesquisa, o que permitirá refletir sobre suas próprias práticas. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Profa. Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes pelo e-mail luan.fernandes@docente.unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Prof.^a Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes Campus Cidade Universitária: CIDADE UNIVERSITÁRIA, endereço: Avenida Torres de Oliveira, nº 330, Jaguaré, São Paulo/SP, CEP: 05347-020, telefone (11) 3767-5800, e-mail: luan.fernandes@docente.unip.br.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Brendon Oliveira Mendes – RG: 54.479.775-9, Bruna Santana Costa Abrahão – RG: 55.736.908-3, Grasielle Souza do Carmo – RG: 64.789.534-1, João Victor Alves Caminha – RG: 39.598.995-4. , Khamila Ferreira de Oliveira Manoel – RG: 49.196.627-1, Sabrine Burssed Sampaio – RG: 56.121.203-X e Estella Kirejjian Lopes – RG: 53.204.989-5 explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

Profa. Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes
Pesquisadora responsável
Psicóloga – CRP 06/72491

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Curso de Psicologia – Campus Cidade Universitária

ATA DE DEFESA

Com base nas disposições do Regulamento do Plano de Estudos Orientados - PEO do Curso de Psicologia da Universidade Paulista – UNIP, reuniu-se no dia 28 de novembro de 2025, nesta Universidade, no Campus CIDADE UNIVERSITÁRIA: Endereço: Avenida Torres de Oliveira, nº 330, Jaguaré, São Paulo/SP, CEP: 05347-020, telefone (11) 3767-5800, na sala 30, a Banca Examinadora para a arguição da pesquisa intitulada *“REFLEXÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE REALIZADO POR PSICÓLOGOS CLÍNICOS EM CRIANÇAS”*, que foi apresentada publicamente pelas alunas e alunos *Brendon Oliveira Mendes (RA: F341HC1); Bruna Santana Costa Abrahão (RA: G190742); Estella Kirejjian Lopes (RA: G2142H0); Grasielle Souza do Carmo (RA: F343375); João Victor Alves Caminha (RA: F341GH5); Khamila Ferreira de Oliveira Manoel (RA: G3764E0); Sabrina Burssed Sampaio (RA: T601800)*.

A Banca Examinadora foi composta pelas examinadoras Dra. Geiza Fernanda Antunes e Profa. Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia e presidida pela professora orientadora Prof.a. Dr.a. Luan Flávia Barufi Fernandes.

O trabalho foi considerado Bom com a nota NOVE (90).

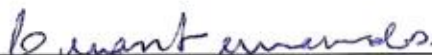
São Paulo, 28 de novembro de 2025.



Dra. Geiza Fernanda Antunes



Profa. Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia
Universidade Paulista (UNIP)



Profa. Dr.a Luan Flávia Barufi Fernandes
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Paulista (UNIP)