

**CONSTRUÇÃO
DIAGNÓSTICA E NATUREZA
DO TDAH: O PAPEL DAS
EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES NO
DIAGNÓSTICO CLÍNICO E A
COMPREENSÃO DO TDAH
COMO UMA CONDIÇÃO
NEUROBIOLÓGICA QUE
AFETA AS FUNÇÕES
EXECUTIVAS**

**ADHD DIAGNOSTIC CONSTRUCTION AND NATURE: THE ROLE OF
MULTIDISCIPLINARY TEAMS IN CLINICAL DIAGNOSIS AND THE
UNDERSTANDING OF ADHD AS A NEUROBIOLOGICAL CONDITION
AFFECTING EXECUTIVE FUNCTIONS**

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

17/08/2026

Claucia Comerlato¹

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) constitui uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por padrões persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade capazes de produzir prejuízos clinicamente significativos no funcionamento acadêmico, social, familiar e, posteriormente, ocupacional. A complexidade de suas manifestações, a elevada frequência de condições coexistentes e a sobreposição de seus sintomas com comportamentos típicos do desenvolvimento e com diferentes condições clínicas tornam o processo diagnóstico necessariamente abrangente e criterioso. Este artigo analisa a construção diagnóstica e a natureza neurobiológica do TDAH, enfatizando o papel da avaliação clínica, das funções executivas e da integração entre profissionais da saúde, educação e família. O trabalho fundamenta-se em revisão bibliográfica e documental de abordagem qualitativa e analítico-interpretativa, utilizando como uma de suas bases a dissertação *A importância do Atendimento Educacional Especializado (AEE), no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com TDAH da Escola Municipal Ensino Tabajara, localizada no município de Caçador-SC*, de Cláucia Comerlato. O estudo original envolveu uma especialista em assuntos educacionais, dezoito professores, cinco profissionais de apoio e uma gestora, totalizando vinte e cinco participantes. A análise é complementada por evidências provenientes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, da American Academy of Pediatrics, do National Institute of Mental Health e de estudos científicos de Barkley, Willcutt, Faraone, Rohde, Demontis, Hoogman e outros pesquisadores. Os achados indicam que o TDAH possui importante componente genético e neurobiológico, mas apresenta acentuada heterogeneidade, não podendo ser reduzido a uma única alteração cerebral, à simples “falta de dopamina” ou a um

déficit universal das funções executivas. Alterações de inibição, memória de trabalho, planejamento, autorregulação, vigilância e organização são frequentes, porém não estão presentes com a mesma intensidade em todos os indivíduos. O diagnóstico permanece essencialmente clínico, exigindo história do desenvolvimento, caracterização dos sintomas, documentação de prejuízo funcional, manifestações em mais de um contexto, informações provenientes de familiares e escola e investigação de diagnósticos diferenciais e comorbidades. Não existe exame laboratorial, teste neuropsicológico ou neuroimagem capaz de confirmar isoladamente o TDAH. Conclui-se que a equipe multidisciplinar amplia a qualidade da avaliação ao integrar perspectivas médicas, psicológicas, neuropsicológicas, pedagógicas, fonoaudiológicas e psicossociais, porém o trabalho colaborativo deve evitar tanto a medicalização indevida de comportamentos escolares quanto o subdiagnóstico decorrente da banalização dos sintomas. A construção diagnóstica responsável deve orientar intervenções individualizadas e favorecer a articulação entre saúde, família e escola.

Palavras-chave: TDAH; Diagnóstico clínico; Funções executivas; Neurodesenvolvimento; Equipe multidisciplinar; Neurobiologia; Educação inclusiva; Avaliação neuropsicológica.

ABSTRACT

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition characterized by persistent patterns of inattention and/or hyperactivity-impulsivity capable of producing clinically significant impairment in academic, social, family and later occupational functioning. The complexity of its manifestations, the high frequency of coexisting conditions and the overlap of its symptoms with typical developmental behaviors and different

clinical conditions make the diagnostic process necessarily comprehensive and rigorous. This article analyzes the diagnostic construction and neurobiological nature of ADHD, emphasizing clinical assessment, executive functions and the integration of health professionals, education and family. The study is based on a qualitative and analytical-interpretive bibliographic and documentary review, using as one of its foundations Cláudia Comerlato's master's dissertation on Specialized Educational Services and students with ADHD at Escola Municipal Ensino Tabajara, Caçador, Santa Catarina. The original study involved one educational specialist, eighteen teachers, five support professionals and one school manager, totaling twenty-five participants. The analysis is complemented by evidence from the Brazilian Ministry of Health Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines, the American Academy of Pediatrics, the National Institute of Mental Health and scientific studies by Barkley, Willcutt, Faraone, Rohde, Demontis, Hoogman and other researchers. Findings indicate that ADHD has an important genetic and neurobiological component but presents considerable heterogeneity and cannot be reduced to a single brain abnormality, a simple "dopamine deficiency," or a universal deficit in executive functions. Difficulties in inhibition, working memory, planning, self-regulation, vigilance and organization are frequent but do not occur with the same intensity in all individuals. Diagnosis remains essentially clinical, requiring developmental history, characterization of symptoms, documentation of functional impairment, manifestations in more than one context, information from family and school, and investigation of differential diagnoses and comorbidities. No laboratory examination, neuropsychological test or neuroimaging technique can independently confirm ADHD. The article concludes that multidisciplinary teamwork improves assessment by integrating medical, psychological,

neuropsychological, educational, speech-language and psychosocial perspectives, while collaborative work must avoid both inappropriate medicalization of school behavior and underdiagnosis resulting from the trivialization of symptoms.

Keywords: ADHD; Clinical diagnosis; Executive functions; Neurodevelopment; Multidisciplinary team; Neurobiology; Inclusive education; Neuropsychological assessment.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade constitui uma das condições do neurodesenvolvimento mais estudadas na infância e adolescência e, ao mesmo tempo, uma das mais sujeitas a interpretações simplificadoras. A associação popular do transtorno a crianças “agitadas”, “desobedientes”, “distraídas” ou “sem limites” ainda produz equívocos que repercutem tanto no diagnóstico quanto na experiência educacional dos estudantes. De um lado, determinados comportamentos comuns da infância podem ser inadequadamente patologizados; de outro, crianças e adolescentes com prejuízos relevantes podem permanecer anos sem uma avaliação qualificada porque suas dificuldades são atribuídas exclusivamente à personalidade, à educação familiar ou à falta de esforço.

O TDAH é atualmente reconhecido como uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada pela persistência de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade em intensidade incompatível com o nível de desenvolvimento e suficientemente relevante para comprometer o funcionamento do indivíduo. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas brasileiro descreve o transtorno como condição neurodesenvolvimental cujos sintomas

surtem durante a infância e podem persistir ao longo da vida. O documento também reconhece dificuldades associadas a resolução de problemas, planejamento, flexibilidade, atenção sustentada, inibição de respostas e memória de trabalho. O National Institute of Mental Health define o TDAH como transtorno do desenvolvimento caracterizado por padrão persistente de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade capaz de interferir no funcionamento cotidiano. A instituição ressalta que os sintomas iniciam na infância, mas podem permanecer na adolescência e na idade adulta.

A compreensão contemporânea do transtorno se distancia, entretanto, de modelos monocausais. Não existe uma “lesão do TDAH”, nem uma única região cerebral alterada em todos os indivíduos, tampouco um gene específico cuja presença determine o diagnóstico. A pesquisa genética demonstra arquitetura altamente poligênica. Demontis et al. (2023), em estudo genômico envolvendo 38.691 pessoas com TDAH e 186.843 controles, identificaram 27 loci de risco e evidências de associação entre variantes relacionadas ao transtorno e processos ligados ao desenvolvimento cerebral e diferentes funções cognitivas. As evidências acumuladas foram sistematizadas no World Federation of ADHD International Consensus Statement, elaborado por Faraone et al. (2021). O documento reuniu 208 conclusões sustentadas por pesquisas de grande porte ou meta-análises e recebeu a aprovação de pesquisadores de dezenas de países. O consenso demonstra que o TDAH possui base científica consistente, ao mesmo tempo em que rejeita explicações simplistas sobre suas causas, manifestações e tratamento.

A dissertação de Cláucia Comerlato apresenta o TDAH como condição neurobiológica, abordando desatenção, hiperatividade,

impulsividade, alterações de autorregulação e dificuldades relacionadas às funções executivas. O trabalho também reservou um objetivo específico à análise da construção diagnóstica por equipe multidisciplinar, vinculando essa compreensão às políticas e práticas educacionais dirigidas aos estudantes. Esse recorte é particularmente pertinente porque o diagnóstico do TDAH se desenvolve na interface entre diferentes contextos. A consulta clínica fornece informações indispensáveis, mas parte dos sintomas pode manifestar-se mais claramente quando aumentam as exigências de autonomia, planejamento e controle comportamental. A escola, nesse sentido, constitui importante espaço de observação. O próprio Ministério da Saúde assinala que determinadas dificuldades tornam-se mais evidentes justamente quando a criança começa a ser avaliada no ambiente escolar ou passa a executar tarefas sem supervisão constante.

A American Academy of Pediatrics recomenda que a avaliação diagnóstica obtenha informações de pais ou responsáveis, professores, demais profissionais escolares e profissionais de saúde mental envolvidos com a criança ou adolescente. Para a AAP, também é indispensável verificar prejuízo em mais de um contexto e investigar causas alternativas capazes de produzir sintomas semelhantes. Entretanto, a participação da escola não significa que professores sejam responsáveis por produzir diagnóstico clínico. O professor identifica comportamentos, registra sua frequência, contextualiza dificuldades pedagógicas, descreve variações entre tarefas e pode contribuir com escalas padronizadas quando solicitado. A decisão diagnóstica precisa integrar essas informações com história clínica, desenvolvimento, antecedentes, entrevistas e diagnóstico diferencial.

Esse limite é decisivo para evitar processos de medicalização escolar. Uma criança que se movimenta intensamente, perde materiais ou demonstra dificuldade para concluir tarefas não possui automaticamente TDAH. Privação de sono, ansiedade, depressão, dificuldades específicas de aprendizagem, problemas familiares, alterações sensoriais, transtornos do espectro autista, experiências traumáticas e diferentes condições clínicas podem produzir manifestações semelhantes. O CDC afirma explicitamente que não existe um único teste para TDAH e que problemas de sono, ansiedade, depressão e algumas dificuldades de aprendizagem podem apresentar sintomas semelhantes. O outro risco é o subdiagnóstico. Tratar sintomas persistentes e incapacitantes como mera indisciplina também pode produzir prejuízos. Faraone et al. (2021) alertam que concepções equivocadas sobre TDAH promovem estigma e podem atrasar ou impedir cuidados adequados.

A dimensão das funções executivas oferece uma chave importante para compreender essas manifestações. Planejamento, memória de trabalho, inibição, autorregulação, monitoramento do comportamento, organização temporal e capacidade de manter ações dirigidas a objetivos são frequentemente afetados em pessoas com TDAH. Contudo, Willcutt et al. (2005), ao analisarem 83 estudos, verificaram déficits médios especialmente em inibição, vigilância, memória de trabalho e planejamento, mas ressaltaram que esses déficits não aparecem universalmente. Portanto, dificuldades executivas são componentes importantes da neuropsicologia do TDAH, mas não constituem condição necessária ou suficiente para explicar todos os casos.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar a construção diagnóstica do TDAH, seu caráter neurobiológico e

neurodesenvolvimental e a participação das equipes multidisciplinares na avaliação clínica, enfatizando as funções executivas e a interface entre saúde, família e escola. Como objetivos específicos, busca-se: compreender os fundamentos neurobiológicos do TDAH; examinar a relação entre o transtorno e as funções executivas; discutir critérios contemporâneos de diagnóstico; diferenciar diagnóstico clínico de exames complementares; analisar o papel dos diferentes profissionais; discutir diagnósticos diferenciais e comorbidades; compreender a contribuição do professor e da família; analisar dados da dissertação de Comerlato; e propor princípios para uma avaliação interdisciplinar capaz de reduzir erros diagnósticos, estigma e medicalização indevida.

2. METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica e documental de abordagem qualitativa, exploratória e analítico-interpretativa. Sua construção foi orientada por dois conjuntos de fontes: a dissertação de Cláucia Comerlato e literatura científica e institucional atualizada sobre diagnóstico, neurobiologia, neuropsicologia e atendimento de pessoas com TDAH. A dissertação utilizada como fonte-base intitula-se *A importância do Atendimento Educacional Especializado (AEE), no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com TDAH da Escola Municipal Ensino Tabajara, localizada no município de Caçador-SC*, defendida em 2026 no Master in Education Sciences da Veni Creator Christian University. O estudo original possui natureza qualitativa e descritiva, articulando investigação bibliográfica e pesquisa de campo. Foram participantes uma especialista em assuntos educacionais, dezoito professores, cinco profissionais de apoio e uma gestora, totalizando vinte e cinco profissionais da Escola

Municipal Ensino Tabajara. A coleta foi realizada por questionário estruturado, com perguntas objetivas e discursivas, dirigido a profissionais que trabalhavam diretamente com estudantes diagnosticados com TDAH. Documentos internos, registros pedagógicos, planejamentos e encaminhamentos realizados pela escola também foram considerados no estudo original.

O presente artigo não reutiliza esses dados para construir inferências clínicas sobre os estudantes, pois a amostra é composta por profissionais da educação e a investigação original não constituiu estudo clínico diagnóstico. Os resultados da dissertação são utilizados exclusivamente para analisar percepções escolares sobre trabalho colaborativo, acolhimento, formação profissional, acompanhamento e articulação entre família e escola. Para atualização científica do eixo clínico, foram priorizados o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do TDAH do Ministério da Saúde, a Lei nº 14.254/2021, a diretriz da American Academy of Pediatrics, documentos do NIMH e CDC e estudos publicados em periódicos indexados. Entre os trabalhos utilizados estão Faraone et al. (2021), referente ao consenso internacional da World Federation of ADHD; Demontis et al. (2023), relativo à arquitetura genética do transtorno; Hoogman et al. (2017; 2019), referente a grandes consórcios de neuroimagem; Willcutt et al. (2005), sobre funções executivas; e Wolraich et al. (2019), autores da diretriz clínica da AAP.

A análise foi organizada nas seguintes categorias: natureza neurobiológica e neurodesenvolvimental; heterogeneidade etiológica; funções executivas; critérios diagnósticos; diagnóstico diferencial; comorbidades; exames complementares; interdisciplinaridade; contribuição da escola e família; avaliação

neuropsicológica; implicações educacionais; e prevenção de sobrediagnóstico e subdiagnóstico.

3. O TDAH COMO TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO

A classificação do TDAH como transtorno do neurodesenvolvimento representa importante mudança em relação às concepções históricas que o associavam exclusivamente a “problemas de comportamento”. Entender o transtorno sob essa perspectiva significa reconhecer que suas manifestações estão relacionadas à trajetória de desenvolvimento das funções cognitivas, comportamentais e motivacionais. O PCDT brasileiro explicita que o TDAH é uma condição do neurodesenvolvimento. Também registra que os sintomas iniciam na infância e podem continuar ao longo da vida, assumindo apresentações distintas conforme as exigências ambientais e a fase do desenvolvimento.

Essa característica temporal é essencial. O TDAH não surge subitamente porque uma criança inicia determinada escola ou porque recebeu maior cobrança acadêmica. O que pode ocorrer é o aumento da visibilidade dos sintomas. Uma criança relativamente funcional em ambiente altamente estruturado pode demonstrar mais dificuldade quando aumenta o número de tarefas, quando precisa organizar o próprio material ou quando passa a depender menos da supervisão de adultos. A dissertação reconhece essa dimensão ao afirmar que o transtorno apresenta manifestações como desatenção, inquietação e impulsividade e que seus sintomas costumam surgir durante a infância. O texto também recupera a evolução histórica da nomenclatura, demonstrando que conceitos como “lesão cerebral mínima”, “disfunção cerebral mínima” e

“hiperatividade infantil” antecederam a formulação contemporânea de TDAH.

Esse percurso histórico é importante porque revela mudanças no próprio modelo científico. As concepções atuais não exigem uma lesão cerebral identificável. O TDAH é compreendido como fenótipo comportamental e neurodesenvolvimental heterogêneo associado a múltiplos fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais. A expressão “neurobiológico” também precisa ser utilizada de maneira rigorosa. Ela não significa que experiências familiares, educacionais ou ambientais sejam irrelevantes. Significa que existe sólida evidência de participação de processos biológicos e genéticos na predisposição e no desenvolvimento do transtorno.

Demontis et al. (2023) demonstraram a natureza poligênica do TDAH e identificaram 27 loci com significância genômica. Os achados também mostraram enriquecimento de genes expressos durante fases iniciais do desenvolvimento cerebral e associação do risco genético com diferentes domínios cognitivos. Faraone et al. (2021) sintetizaram extensa base científica e demonstraram que o TDAH possui forte componente hereditário, mas sua etiologia é complexa. Não há um “gene do TDAH”. Múltiplas variantes de pequeno efeito, fatores raros e influências ambientais interagem de diferentes maneiras. A expressão “condição neurobiológica de origem genética”, presente em diversas publicações de divulgação, não deve, portanto, ser interpretada como determinismo genético. Um indivíduo não é diagnosticado por teste genético e a presença de variantes relacionadas ao risco não determina necessariamente que a condição se manifeste. A genética do TDAH é probabilística.

Também são estudados fatores ambientais e perinatais associados a aumento de risco. Exposições gestacionais, prematuridade, determinados fatores ambientais e lesões neurológicas podem estar estatisticamente associados ao transtorno. Todavia, associação não significa que um único fator seja suficiente para produzir TDAH em uma determinada criança. O CDC reconhece a contribuição relevante da genética e descreve diferentes fatores ambientais sob investigação ou associados a risco. Essa distinção impede atribuições culpabilizantes à família. Características parentais, nível de disciplina ou estilo educacional não são explicações causais simples para o TDAH. Práticas familiares podem modificar manifestações, adesão ao tratamento e funcionamento cotidiano, mas não existe sustentação científica para atribuir o transtorno a “pais que não impõem limites”. A dissertação recupera Barkley justamente para contestar essa interpretação e assinala que o transtorno não deve ser compreendido como consequência direta da falta de disciplina ou controle parental. A compreensão neurodesenvolvimental contribui, assim, para deslocar a discussão moral para uma perspectiva funcional: quais processos estão prejudicados? Em quais ambientes? Sob quais demandas? E quais intervenções podem diminuir os impactos?

4. NEUROBIOLOGIA DO TDAH: ENTRE EVIDÊNCIAS E REDUCTIONISMOS

O avanço das técnicas de neuroimagem, genética e neurociência cognitiva ampliou substancialmente o conhecimento sobre TDAH. Entretanto, a produção científica contemporânea demonstra que não há marcador cerebral suficientemente específico para diagnosticar individualmente o transtorno. Estudos de neuroimagem identificam diferenças médias entre grandes grupos

de pessoas com e sem TDAH. Hoogman et al. (2017), no âmbito do consórcio ENIGMA-ADHD, analisaram uma das maiores amostras de neuroimagem estrutural e observaram diferenças de volume em determinadas estruturas subcorticais, particularmente em crianças. Os efeitos eram pequenos, demonstrando que essas características não funcionam como biomarcadores diagnósticos individuais. Posteriormente, Hoogman et al. e colaboradores analisaram medidas corticais em mais de quatro mil participantes do consórcio ENIGMA. Crianças com TDAH apresentaram, em média, menor área de superfície em regiões principalmente frontais, cinguladas e temporais, mas novamente com tamanhos de efeito modestos e ampla sobreposição entre os grupos.

Esses resultados são importantes justamente porque mostram duas coisas simultaneamente: existem diferenças neurobiológicas estatisticamente demonstráveis, mas elas não permitem olhar uma ressonância magnética e determinar se determinada criança possui TDAH. A heterogeneidade neuroanatômica foi confirmada por estudos posteriores, que identificam diversidade importante dentro do próprio grupo diagnosticado. Portanto, a afirmação de que “o cérebro com TDAH é assim” precisa ser evitada. A dissertação utiliza um modelo mais antigo e centrado em alterações do córtex pré-frontal para explicar impulsividade e inibição comportamental. Embora circuitos pré-frontais sejam efetivamente relevantes, o conhecimento contemporâneo sugere redes distribuídas envolvendo áreas corticais, estriatais, cerebelares e sistemas relacionados à motivação, controle cognitivo e processamento de recompensa.

Da mesma forma, explicações centradas exclusivamente em dopamina são insuficientes. Sistemas dopaminérgicos e

noradrenérgicos participam da regulação de circuitos associados a atenção, motivação e funções executivas, e medicamentos eficazes para TDAH modulam esses sistemas. Isso, contudo, não autoriza concluir que TDAH seja simplesmente “falta de dopamina”. Arnsten e Pliszka demonstram a participação de catecolaminas na regulação de circuitos corticostriatais, mas ressaltam a complexidade dos mecanismos envolvidos. Esse cuidado é particularmente relevante no campo educacional. Explicações simplificadas podem transformar características individuais em rótulos biologicamente deterministas. A neurobiologia deve ser utilizada para compreender mecanismos e não para estabelecer expectativas rígidas sobre a capacidade de aprendizagem.

5. FUNÇÕES EXECUTIVAS: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA O TDAH

As funções executivas constituem conjunto de processos cognitivos de ordem superior envolvidos na organização de comportamentos orientados a objetivos. Incluem controle inibitório, memória de trabalho, planejamento, flexibilidade cognitiva, monitoramento, capacidade de iniciar tarefas, organização temporal e autorregulação. No cotidiano escolar, essas funções são acionadas praticamente o tempo todo. Para copiar uma atividade e concluí-la, o estudante precisa manter instruções em memória, inibir estímulos concorrentes, organizar materiais, controlar o tempo, acompanhar o próprio desempenho e persistir até a conclusão. O PCDT brasileiro reconhece explicitamente que pessoas com TDAH podem apresentar dificuldades em planejamento, resolução de problemas, flexibilidade, atenção prolongada, inibição e memória de trabalho. A dissertação também associa a condição a desafios em priorização,

organização e planejamento, localizando essas dificuldades no campo das funções executivas.

Uma das referências fundamentais desse campo é Russell Barkley. Em seus modelos teóricos, especialmente aqueles relacionados à inibição comportamental e autorregulação, Barkley propôs que prejuízos na capacidade de inibir respostas interferem em processos executivos subsequentes e ajudam a explicar dificuldades de autorregulação observadas no TDAH. Entretanto, modelos mais recentes rejeitam a ideia de um déficit executivo único capaz de explicar todos os casos. Willcutt et al. (2005), em meta-análise envolvendo 83 estudos, 3.734 participantes com TDAH e 2.969 controles, verificaram desempenho inferior em diferentes tarefas de funções executivas. Os efeitos mais consistentes foram encontrados em inibição de resposta, vigilância, memória de trabalho e planejamento. Entretanto, os autores observaram tamanhos de efeito moderados e enfatizaram que nem todas as pessoas diagnosticadas apresentavam déficits executivos. A conclusão é cientificamente importante: alterações executivas são frequentes no TDAH, mas não são obrigatórias em todos os indivíduos. Isso impede o uso de testes de função executiva como teste confirmatório do diagnóstico.

Um estudante pode preencher critérios clínicos para TDAH e apresentar desempenho dentro da média em determinada tarefa neuropsicológica. Outro pode apresentar grande déficit de memória de trabalho, mas sua causa ser diferente, como transtorno específico de aprendizagem, privação de sono ou outra condição neurodesenvolvimental. Meta-análises contemporâneas que comparam TDAH com outras condições neurodesenvolvimentais também demonstram sobreposição nos perfis executivos. Townes et

al. (2023), por exemplo, analisaram memória de trabalho, inibição, planejamento, flexibilidade, atenção e velocidade de processamento em estudos comparando TDAH e autismo, encontrando dificuldades que não são completamente específicas de apenas um diagnóstico. Em 2024, Sadozai et al. realizaram ampla revisão sistemática e meta-análise sobre funcionamento executivo em crianças com diferentes condições do neurodesenvolvimento, reforçando a natureza transdiagnóstica de muitas dessas dificuldades. Consequentemente, as funções executivas possuem enorme relevância para avaliação funcional e planejamento das intervenções, mas não podem substituir a avaliação clínica diagnóstica.

6. MEMÓRIA DE TRABALHO, INIBIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO

A memória de trabalho permite manter e manipular temporariamente informações necessárias à realização de uma tarefa. No ambiente escolar, essa capacidade participa da leitura, resolução de problemas, compreensão de instruções, cálculo mental e produção textual. Um estudante que recebe três comandos consecutivos precisa manter mentalmente cada etapa enquanto executa as anteriores. Dificuldades de memória de trabalho podem fazer com que ele se esqueça do segundo ou terceiro comando, mesmo tendo aparentemente prestado atenção. No TDAH, déficits de memória de trabalho aparecem com frequência em pesquisas neuropsicológicas. Willcutt et al. (2005) encontraram efeito consistente nesse domínio. Estudos em adultos também mostram dificuldades médias de magnitude moderada em componentes verbais e visuoespaciais da memória de trabalho.

O controle inibitório refere-se à capacidade de suprimir respostas automáticas ou inadequadas. No contexto escolar, está relacionado a esperar a vez, não interromper constantemente, resistir a distrações e interromper ações incompatíveis com uma meta. Entretanto, transformar impulsividade em julgamento moral pode agravar as dificuldades. O aluno que responde antes do término da pergunta pode saber a regra e desejar obedecê-la, mas ter dificuldade em regular temporalmente a resposta. A organização também constitui dimensão relevante. Perder materiais, esquecer prazos, iniciar várias tarefas sem concluir, calcular mal o tempo necessário e procrastinar são manifestações que podem se intensificar conforme cresce a autonomia exigida. Por isso, determinados estudantes passam a apresentar maior prejuízo apenas nos anos escolares posteriores, quando professores e familiares deixam de supervisionar cada etapa de suas atividades. A avaliação multidisciplinar permite converter essas observações em descrição funcional. Em vez de registrar apenas “aluno desorganizado”, pode-se investigar que tipos de tarefa geram maior dificuldade, quais suportes reduzem o problema e se déficits semelhantes estão presentes em outros contextos.

7. O DIAGNÓSTICO DO TDAH É CLÍNICO

A questão central para compreender o processo diagnóstico é a inexistência de um exame confirmatório. O CDC é explícito: não existe um teste único capaz de diagnosticar TDAH. O processo inclui várias etapas e requer avaliação de condições alternativas que podem produzir sintomas semelhantes. O Ministério da Saúde brasileiro estabelece igualmente que, diante de suspeita, deve ser realizada avaliação clínica e psicossocial completa. O diagnóstico deve ser produzido por profissional de saúde qualificado e

experiente, sendo fundamental o envolvimento multidisciplinar para avaliação e manejo adequados. O diagnóstico clínico não significa diagnóstico baseado em “impressão”. Pelo contrário: deve utilizar critérios operacionais padronizados, história detalhada e múltiplas fontes de informação.

Segundo critérios contemporâneos associados ao DSM-5, para crianças até 16 anos são necessários pelo menos seis sintomas do domínio desatento e/ou seis sintomas de hiperatividade-impulsividade, dependendo da apresentação. Para indivíduos a partir de 17 anos, o limiar é reduzido para cinco sintomas. Os sintomas precisam persistir por pelo menos seis meses, ser incompatíveis com o nível de desenvolvimento, estar presentes em dois ou mais contextos e produzir prejuízo significativo. Vários sintomas devem ter ocorrido antes dos 12 anos. O diagnóstico também exige que os sintomas não sejam melhor explicados por outra condição. Esse último requisito é tão importante quanto contar sintomas.

Uma criança ansiosa pode apresentar dificuldade de concentração porque está constantemente preocupada. Outra pode estar sonolenta em razão de apneia do sono. Uma criança com dificuldade específica de leitura pode evitar tarefas escritas e aparentar falta de persistência. Outra pode reagir a uma experiência traumática com agitação, dificuldade de atenção e alterações comportamentais. O profissional precisa interpretar o significado do comportamento dentro do contexto. A dissertação reconhece corretamente a complexidade do diagnóstico e destaca a necessidade de informações de pais e professores, entrevistas, questionários e observação em diferentes contextos. Ela também ressalta que o médico integra as informações provenientes da

família, da escola e da observação clínica para verificar o preenchimento dos critérios. Essa abordagem converge com a diretriz da American Academy of Pediatrics, que recomenda obter informações de responsáveis, professores, profissionais escolares e profissionais de saúde mental.

8. EXAMES LABORATORIAIS, NEUROIMAGEM E TESTES: O QUE ELES PODEM E NÃO PODEM FAZER

Este é um ponto em que a atualização da dissertação é indispensável. O referencial utilizado no trabalho original cita literatura mais antiga segundo a qual exames sanguíneos relacionados a dopamina e norepinefrina e técnicas de neuroimagem poderiam auxiliar na avaliação. Entretanto, essas técnicas não são recomendadas como instrumentos diagnósticos específicos para confirmar TDAH na prática clínica atual. O PCDT brasileiro estabelece expressamente, no quadro dedicado à equipe multidisciplinar e aos exames complementares: “Nenhum específico”. Também informa que exames não são preconizados rotineiramente e devem ser solicitados quando existir necessidade clínica particular.

Na maior parte dos casos, avaliação clínica, história funcional e exame físico são suficientes para determinar se investigações adicionais são necessárias. Exames laboratoriais podem ser solicitados quando existe suspeita de condição médica alternativa, e polissonografia, eletroencefalograma ou outros procedimentos somente possuem indicação em circunstâncias específicas. A ressonância magnética de um indivíduo não confirma nem exclui TDAH. O mesmo raciocínio vale para exames genéticos. Estudos genômicos são extraordinariamente importantes para compreender

a etiologia populacional, mas o risco genético individual atualmente não possui precisão suficiente para estabelecer o diagnóstico clínico. Também não existe “exame de dopamina” utilizado rotineiramente para diagnosticar TDAH. Esse esclarecimento é necessário porque discursos publicitários podem apresentar testes laboratoriais, eletroencefalográficos ou digitais como se produzissem confirmação objetiva do transtorno. O risco é substituir avaliação clínica abrangente por biomarcadores ainda não validados para esse objetivo.

9. O PAPEL DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

A avaliação neuropsicológica pode agregar informações valiosas ao processo, mas sua função precisa ser corretamente compreendida. Ela permite avaliar memória de trabalho, atenção, velocidade de processamento, inibição, flexibilidade, planejamento, linguagem e outros domínios cognitivos. Pode também auxiliar a identificar dificuldades específicas de aprendizagem e mapear pontos fortes e fracos relevantes ao planejamento educacional. O NIMH reconhece que testes psicológicos podem ser utilizados para examinar memória, planejamento, tomada de decisão, raciocínio e outras habilidades, especialmente para identificar forças cognitivas, dificuldades e possíveis transtornos de aprendizagem. O PCDT brasileiro assinala igualmente que testes psicológicos podem ser úteis para compreender problemas de aprendizagem e componentes do funcionamento cognitivo, como memória de trabalho e velocidade de processamento.

Contudo, a neuropsicologia não oferece um “teste de TDAH”. Resultados alterados em tarefas de atenção ou funções executivas não são suficientemente específicos. Ansiedade, depressão, sono

insuficiente, dificuldades de aprendizagem, autismo e diversas outras condições também podem comprometer esses domínios. Willcutt et al. (2005) demonstram por que isso acontece: embora grupos com TDAH apresentem desempenho executivo inferior em média, os efeitos não são universais. Assim, uma avaliação neuropsicológica normal não exclui necessariamente TDAH, e uma avaliação alterada não o confirma isoladamente. Sua maior contribuição está em responder perguntas funcionais: quais mecanismos cognitivos parecem estar prejudicando a aprendizagem? Há dificuldades de memória de trabalho? Há transtorno específico de aprendizagem coexistente? Quais adaptações podem ser úteis?

10. O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A complexidade do TDAH torna a interdisciplinaridade particularmente valiosa. O Ministério da Saúde afirma que, para avaliação e gerenciamento adequados, é fundamental o envolvimento de equipe multidisciplinar e recomenda cuidado integral e longitudinal. Entretanto, dizer que uma equipe multidisciplinar é fundamental não significa que cada caso deva necessariamente passar por todos os profissionais possíveis antes que qualquer conclusão seja formulada. A composição deve ser ajustada às necessidades clínicas e funcionais. Em casos relativamente claros, profissional qualificado pode estabelecer diagnóstico seguindo critérios clínicos. Em casos complexos, a contribuição de diferentes especialidades torna-se ainda mais importante.

- **Médico (pediatra, psiquiatra, neurologista ou neuropediatra):** pode avaliar história clínica, desenvolvimento, doenças

coexistentes, uso de medicamentos, sono, antecedentes familiares e diagnósticos diferenciais.

- **Psicólogo:** pode aprofundar história emocional e comportamental, investigar ansiedade, depressão, autorregulação, relações familiares e outros fatores psicológicos.
- **Neuropsicólogo:** quando indicado, caracteriza o perfil cognitivo e executivo.
- **Fonoaudiólogo:** pode ser essencial quando há alterações de linguagem, processamento comunicativo ou dificuldades relacionadas à leitura e escrita.
- **Terapeuta ocupacional:** pode contribuir quando existem dificuldades relevantes de organização funcional, autonomia, processamento sensorial ou atividades cotidianas.
- **Psicopedagogo:** pode caracterizar processos de aprendizagem e dificuldades escolares, sem substituir o diagnóstico clínico.
- **Assistentes sociais:** podem mapear vulnerabilidades sociofamiliares que influenciam adesão, acesso aos serviços e participação escolar.
- **Professores e equipe pedagógica:** oferecem informações indispensáveis sobre manifestação em situações de maior demanda acadêmica, interação entre pares e capacidade de organização.

O próprio PCDT exemplifica equipe multiprofissional envolvendo médico, psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e assistente social, ressaltando que os profissionais devem ser mobilizados conforme as necessidades individuais. A Lei nº 14.254/2021 reforça essa articulação no contexto brasileiro. Ela determina que o poder público desenvolva programa de acompanhamento integral para educandos com TDAH, compreendendo identificação precoce, encaminhamento para diagnóstico, apoio educacional e apoio terapêutico especializado. Também estabelece parceria entre profissionais da rede de ensino e da saúde e prevê acompanhamento por equipe multidisciplinar quando houver necessidade de intervenção terapêutica. A multidisciplinaridade, portanto, não deve ser entendida como reunião burocrática de laudos, mas como integração de conhecimentos.

11. A FAMÍLIA COMO FONTE DIAGNÓSTICA E PARCEIRA DO CUIDADO

A família ocupa posição central no diagnóstico porque fornece informações sobre desenvolvimento precoce, rotina, comportamento doméstico, sono, autonomia, relações sociais e evolução temporal. Os sintomas precisam ser persistentes e manifestar-se em diferentes contextos. Por isso, a informação familiar não constitui mero complemento; integra a construção diagnóstica. A AAP recomenda explicitamente a coleta de relatos de responsáveis. O NIMH também ressalta a necessidade de reconstruir padrões atuais e históricos por meio de familiares e pessoas que convivem com o indivíduo.

A parceria familiar apareceu de forma expressiva na dissertação de Comerlato. Noventa e seis por cento dos participantes consideraram

que a forma mais adequada de acolhimento ao estudante com TDAH seria reunir equipe pedagógica e família para construir estratégias individualizadas. O resultado não constitui evidência clínica sobre diagnóstico, mas demonstra elevada percepção institucional da importância da colaboração. Em outro resultado, 24% dos profissionais apontaram maior colaboração com os pais como uma das principais melhorias necessárias ao atendimento, ao lado de financiamento e formação especializada.

A participação da família também reduz o risco de interpretações divergentes. Pode ocorrer de o professor descrever hiperatividade intensa e os familiares afirmarem não observar comportamento semelhante em casa. Essa discrepância não invalida automaticamente nenhuma fonte; precisa ser investigada. As demandas ambientais podem ser diferentes. A escola impõe mais períodos de espera, organização e trabalho pouco motivador. Em casa, a criança pode controlar o próprio ritmo ou estar submetida a supervisão individualizada. A tarefa da avaliação é compreender essas diferenças.

12. A ESCOLA NÃO DIAGNOSTICA, MAS POSSUI PAPEL DIAGNÓSTICO INDIRETO ESSENCIAL

É necessário estabelecer uma distinção conceitual clara entre diagnosticar e contribuir para a avaliação diagnóstica. Professores não devem atribuir TDAH ao estudante com base em comportamentos isolados. Frases como “ele tem TDAH porque não fica sentado” ou “ela é desatenta, então precisa de laudo” representam simplificações inadequadas. Contudo, excluir a escola da avaliação também seria um erro. Os critérios exigem manifestações em múltiplos contextos e prejuízo funcional. A escola

é justamente um dos ambientes em que demandas de atenção, planejamento, persistência e autorregulação se tornam intensas. A dissertação destaca que professores observam crianças em atividades individuais, trabalhos em grupo, momentos recreativos e interações sociais, acumulando experiência comparativa relevante sobre comportamentos típicos da faixa etária.

O PCDT prevê que escalas como SNAP-IV possam ser utilizadas pela equipe pedagógica em caráter auxiliar, com comunicação à família e encaminhamento adequado. A palavra “auxiliar” é essencial. Escalas não estabelecem diagnóstico. Elas organizam observações sobre frequência de determinados comportamentos. A avaliação escolar deve ser descritiva, evitando diagnósticos informais. Em vez de escrever “aluno hiperativo”, é mais informativo registrar: “levanta-se aproximadamente seis vezes durante atividades de vinte minutos, interrompe instruções frequentemente e necessita de retomada individual para concluir tarefas”. Descrições comportamentais observáveis possuem maior utilidade clínica e menor risco de estigmatização.

13. COMORBIDADES E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Uma das razões pelas quais a avaliação do TDAH exige rigor é a elevada frequência de condições coexistentes. A AAP recomenda avaliar, no mínimo, transtornos emocionais e comportamentais, ansiedade, depressão, transtorno oppositor, transtorno de conduta, uso de substâncias, transtornos de linguagem e aprendizagem, autismo, tiques e problemas físicos como apneia do sono. O PCDT brasileiro segue orientação semelhante e enfatiza a necessidade de diagnóstico diferencial. Comorbidade não significa erro diagnóstico. Uma criança pode realmente apresentar TDAH e transtorno de

ansiedade simultaneamente. O desafio é determinar qual condição explica cada manifestação e como elas interagem.

Transtornos específicos de aprendizagem merecem especial atenção porque dificuldades persistentes de leitura ou matemática podem gerar aparente desatenção. A criança pode evitar uma tarefa não porque tenha déficit primário de atenção, mas porque o material ultrapassa suas habilidades acadêmicas. O inverso também ocorre. TDAH pode dificultar a aquisição de conteúdos e coexistir com dislexia ou discalculia. Problemas de sono são outro diferencial importante. Privação crônica de sono pode produzir irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação e queda acadêmica. Ansiedade também pode comprometer foco, memória de trabalho e organização. Depressão pode apresentar apatia, dificuldades de concentração e queda de rendimento. Autismo pode coexistir com TDAH e exige investigação das características sociais, comunicativas e comportamentais mais amplas. A avaliação multidisciplinar é especialmente útil nessas situações porque amplia a possibilidade de identificar fenômenos que uma única entrevista poderia não captar.

14. RISCO DE SOBREDIAGNÓSTICO E MEDICALIZAÇÃO

O reconhecimento científico do TDAH não elimina a necessidade de discutir sobrediagnóstico e medicalização. Medicalização ocorre quando problemas complexos da vida ou da educação são traduzidos excessivamente em categorias médicas, reduzindo a análise de fatores pedagógicos, sociais e ambientais. Uma criança que não consegue acompanhar uma aula inadequadamente estruturada pode apresentar comportamento de desengajamento. Uma turma superlotada pode aumentar distrações. Métodos

exclusivamente expositivos podem ser particularmente difíceis para determinados estudantes. Isso não significa negar o TDAH. Significa evitar atribuir ao indivíduo tudo aquilo que também pode ser produzido pela organização do ambiente.

A AAP reconhece como risco diagnóstico a rotulação inadequada de crianças que não possuem TDAH e a possibilidade de deixar de identificar condições alternativas. O CDC também enfatiza que comportamentos semelhantes podem ser produzidos por múltiplas condições e que não existe teste único para resolver essa diferenciação. A avaliação clínica precisa considerar intensidade, duração, início, desenvolvimento, contexto e prejuízo. Não basta existir distração. Não basta existir agitação. Não basta existir impulsividade. Esses comportamentos precisam formar padrão persistente e funcionalmente prejudicial.

15. O PROBLEMA INVERSO: SUBDIAGNÓSTICO E ESTIGMA

Se o sobrediagnóstico merece cautela, o subdiagnóstico também produz consequências. Mitos sobre TDAH podem atrasar o encaminhamento de crianças que necessitam de avaliação e apoio. Faraone et al. (2021) mostram que desinformação contribui para estigma e atraso no cuidado. Meninas constituem exemplo relevante. Apresentações predominantemente desatentas podem ser menos visíveis do que comportamentos hiperativos e disruptivos, aumentando a possibilidade de reconhecimento tardio. Estudantes academicamente capazes também podem compensar dificuldades durante anos e apenas apresentar prejuízo quando as demandas organizacionais aumentam. Nesse sentido, evitar medicalização não pode se transformar em negação da existência do transtorno. Uma escola inclusiva precisa sustentar simultaneamente duas posições:

não patologizar automaticamente diferenças e não ignorar sofrimento ou prejuízo persistente.

16. ARTICULAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EDUCACIONAL

O diagnóstico não deve funcionar apenas como etiqueta. Sua finalidade clínica é compreender padrões, orientar intervenções e reduzir prejuízos. No contexto educacional, isso significa traduzir informações relevantes para estratégias pedagógicas, preservando confidencialidade e evitando redução do estudante à categoria diagnóstica. A Lei nº 14.254/2021 estabelece acompanhamento integral e determina que sistemas de ensino ofereçam aos professores acesso a informações e formação continuada para reconhecimento precoce de sinais e atendimento educacional dos estudantes com TDAH e transtornos de aprendizagem. Esse dispositivo fortalece a ideia de responsabilidade compartilhada.

A escola não precisa esperar passivamente um laudo para começar a observar dificuldades e implementar estratégias pedagógicas razoáveis. Ao mesmo tempo, adaptações precisam ser individualizadas. Dois estudantes com o mesmo diagnóstico podem apresentar necessidades muito diferentes. Um pode precisar principalmente de apoio para organização. Outro apresenta impulsividade intensa. Um terceiro possui dificuldade de memória de trabalho. Outro apresenta TDAH associado à dislexia. A resposta pedagógica deve estar baseada no funcionamento real e não apenas no nome do diagnóstico.

17. CONTRIBUIÇÕES DA DISSERTAÇÃO DE CLAUCIA COMERLATO

A dissertação utilizada como inspiração foi desenvolvida na Escola Municipal Ensino Tabajara, em Caçador-SC, e teve como foco o Atendimento Educacional Especializado no desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes com TDAH. A investigação envolveu 25 profissionais: uma especialista em assuntos educacionais, dezoito professores, cinco profissionais de apoio e uma gestora. Um dos achados mais relevantes para o presente artigo é a valorização do trabalho colaborativo. 96% dos respondentes consideraram adequada a reunião entre equipe pedagógica e família para construir estratégias individualizadas de acolhimento. Esse resultado é coerente com o modelo clínico contemporâneo, no qual informações de diferentes contextos são fundamentais.

A pesquisa também identificou desafios institucionais. No Gráfico 8, 44% dos participantes apontaram resistência das partes interessadas como principal obstáculo à implementação do atendimento, 36% indicaram falta de recursos, 12% insuficiência de pessoal treinado e 8% outros fatores, entre eles necessidade de acompanhamento multiprofissional. Esses achados demonstram que a existência de diagnóstico, por si só, não resolve os problemas escolares. A qualidade do atendimento depende de formação, recursos, compreensão institucional e articulação. Os participantes também manifestaram forte valorização da formação específica dos professores. A dissertação registra unanimidade quanto à importância de oferecer formação sobre estratégias para trabalhar com estudantes com TDAH. Esse dado possui importância direta para a discussão diagnóstica. Professores mais bem formados têm maior probabilidade de produzir observações qualificadas e menor probabilidade de interpretar impulsividade ou desatenção apenas como “má educação”.

Outra contribuição aparece nas sugestões de melhoria: 32% indicaram necessidade de maior financiamento e recursos, 32% treinamento mais especializado e 24% maior colaboração com os pais. A dissertação concluiu, ainda, que a construção diagnóstica deveria envolver profissionais da saúde, educação e assistência especializada e que a identificação adequada das características e impactos do transtorno é importante para o planejamento pedagógico. O presente artigo mantém essa conclusão, mas introduz uma precisão: a participação multidisciplinar amplia a qualidade da avaliação, sem transformar escola ou AEE em instâncias responsáveis por confirmar diagnóstico médico-clínico.

18. TDAH E AEE: UMA DISTINÇÃO NECESSÁRIA

A dissertação tem como objeto central o Atendimento Educacional Especializado e apresenta esse atendimento como elemento essencial aos estudantes com TDAH. Seus profissionais pesquisados também manifestaram percepção amplamente favorável ao AEE. Contudo, é importante distinguir duas questões. A primeira é a existência de necessidades educacionais concretas do estudante com TDAH. A segunda é seu enquadramento administrativo automático como público-alvo do AEE. A legislação federal brasileira assegura acompanhamento integral aos estudantes com TDAH por meio da Lei nº 14.254/2021. Isso inclui identificação precoce, encaminhamento diagnóstico, apoio educacional e articulação com saúde. Porém, TDAH isoladamente não deve ser automaticamente equiparado a todas as categorias tradicionalmente definidas como público-alvo da Educação Especial sem consideração das normas específicas da rede e das demais condições do estudante. Essa distinção não diminui o dever escolar de oferecer apoio. Ao contrário, ajuda a separar o direito à adaptação pedagógica e

acompanhamento do enquadramento administrativo específico em determinada modalidade ou serviço. O princípio central é que a necessidade educacional deve ser atendida.

19. A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR COMO REDE DE INFORMAÇÕES, NÃO COMO SOMA DE LAUDOS

Uma abordagem realmente interdisciplinar não ocorre quando cada profissional produz relatório isolado e os documentos são apenas reunidos. A integração pressupõe compartilhamento de hipóteses, comunicação entre áreas, compreensão dos limites de cada método e definição conjunta de prioridades. Um fluxo possível começa com a identificação de dificuldades funcionais pela família ou escola. Em seguida, realiza-se avaliação clínica inicial. Conforme os achados, podem ser acionados psicologia, neuropsicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, terapia ocupacional ou outras áreas. A equipe reúne informações sobre diferentes ambientes. O profissional responsável pelo processo diagnóstico verifica critérios, prejuízo, duração, desenvolvimento e hipóteses alternativas. Posteriormente, é elaborado um plano de cuidado e apoio.

O PCDT recomenda justamente articulação entre diferentes profissionais e setores e prevê participação da educação e assistência social na organização do cuidado integral. A multidisciplinaridade é especialmente importante após o diagnóstico. Tratar TDAH não significa apenas prescrever medicamento. Medidas psicoeducacionais, comportamentais, familiares e escolares possuem papel importante e precisam ser adaptadas às necessidades individuais.

20. DIAGNÓSTICO COMO PROCESSO LONGITUDINAL

A construção diagnóstica não deve ser concebida como fotografia de uma única consulta. Sintomas variam conforme ambiente, motivação, estrutura, idade e nível de demanda. A dissertação recupera referências que defendem avaliação longitudinal justamente para diferenciar comportamentos típicos do desenvolvimento de manifestações persistentes. Essa ideia permanece válida. Uma criança pode apresentar agitação intensa durante período de transição familiar e retornar ao padrão anterior posteriormente. Outra pode apresentar sintomas persistentes durante anos em casa e escola. A temporalidade ajuda a distinguir episódios circunstanciais de padrões neurodesenvolvimentais. O próprio requisito de persistência mínima de seis meses procura reduzir diagnósticos baseados em episódios breves. O acompanhamento longitudinal também permite rever hipóteses. Diagnóstico clínico não significa sentença imutável. Informações novas podem exigir reavaliação.

21. IMPLICAÇÕES ÉTICAS DO DIAGNÓSTICO

Todo diagnóstico produz consequências sociais. Quando utilizado adequadamente, pode oferecer explicação, acesso a tratamento, compreensão familiar e suporte educacional. Quando mal utilizado, pode transformar-se em rótulo. A criança pode deixar de ser percebida como estudante e passar a ser identificadora exclusivamente como “o TDAH da sala”. Esse processo reduz expectativas e pode gerar profecias autorrealizáveis. A abordagem ética deve utilizar o diagnóstico para ampliar possibilidades, nunca para limitá-las.

Informações clínicas também precisam ser protegidas. Professores que necessitam conhecer determinados aspectos para oferecer

apoio não precisam ter acesso indiscriminado a toda a história clínica do estudante. A criança e a família devem participar da discussão sobre como o transtorno será explicado. A linguagem adotada importa. Dizer “você é incapaz de se concentrar” produz identidade diferente de explicar que determinadas tarefas exigem estratégias adicionais de organização e atenção.

22. DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão permitem afirmar que a compreensão contemporânea do TDAH exige afastamento simultâneo de dois extremos: o reducionismo biologicista e a negação de sua natureza neurobiológica.

O primeiro extremo transforma TDAH em suposta alteração cerebral simples, frequentemente apresentada como “falta de dopamina” ou falha isolada no córtex pré-frontal. As evidências atuais não sustentam esse modelo simplificado. Estudos de genética, neuroimagem e neuropsicologia demonstram alterações médias e mecanismos relevantes, mas também revelam extraordinária heterogeneidade. O segundo extremo interpreta TDAH como construção exclusivamente social ou resultado de falhas parentais e escolares. Essa perspectiva também não é compatível com a base científica acumulada. O consenso internacional organizado por Faraone et al. (2021), os estudos genômicos de Demontis et al. (2023) e grandes consórcios de neuroimagem fornecem evidências robustas da participação de fatores neurobiológicos e genéticos. A posição mais cientificamente consistente é reconhecer o TDAH como condição neurodesenvolvimental multifatorial, heterogênea e dimensional.

O primeiro eixo da discussão diz respeito ao diagnóstico: Não existe biomarcador isolado. Não existe ressonância confirmatória. Não existe exame sanguíneo para medir “a dopamina do TDAH”. Não existe teste neuropsicológico que substitua critérios clínicos. O CDC, o NIMH, a AAP e o Ministério da Saúde convergem nesse ponto. Essa conclusão atualiza parte do referencial utilizado pela dissertação, que recupera fontes anteriores sugerindo possível participação de exames de sangue e neuroimagem na investigação. A ciência atual não recomenda esses procedimentos como testes específicos para confirmar TDAH.

O segundo eixo refere-se às funções executivas: A dissertação atribui destaque aos mecanismos executivos, especialmente planejamento, priorização e organização. Essa ênfase possui sustentação importante, desde que acompanhada de uma ressalva: não existe um perfil executivo universal de TDAH. Willcutt et al. (2005) demonstraram prejuízos médios significativos, mas não universais. Essa heterogeneidade possui consequência diagnóstica direta. Não se deve concluir que uma criança “não tem TDAH” porque obteve bom desempenho em uma tarefa de inibição. Também não se deve concluir que “tem TDAH” porque apresentou memória de trabalho abaixo da média. Testes caracterizam funções. O diagnóstico integra funções, sintomas, desenvolvimento e prejuízo.

O terceiro eixo diz respeito à equipe multidisciplinar: O título deste artigo enfatiza corretamente sua importância, mas é necessário evitar a interpretação de que diagnóstico apenas seria válido após avaliação obrigatória de seis ou sete especialidades. O PCDT brasileiro estabelece que a avaliação clínica deve ser realizada por profissional de saúde qualificado e que a participação

multidisciplinar é fundamental para avaliação e manejo adequados. Na prática, isso significa que a intensidade da interdisciplinaridade precisa acompanhar a complexidade do caso. Uma criança com suspeita de dislexia associada pode precisar de investigação específica da aprendizagem. Outra com alteração de linguagem pode demandar fonoaudiologia. Uma terceira com sintomas intensos de ansiedade exige avaliação psicológica ou psiquiátrica aprofundada.

O quarto eixo envolve a escola: O ambiente escolar é simultaneamente local de manifestação, observação e intervenção. Os profissionais da escola pesquisada por Comerlato reconhecem essa necessidade de colaboração. Noventa e seis por cento defenderam acolhimento planejado entre equipe pedagógica e família. Esse resultado é relevante porque corresponde à própria lógica dos critérios diagnósticos, que exigem dados em mais de um contexto. Todavia, a escola precisa compreender os limites de sua função. O professor observa. O professor registra. O professor adapta. O professor comunica. O professor não transforma sozinho observação pedagógica em diagnóstico clínico.

O quinto eixo é o diagnóstico diferencial: Talvez essa seja uma das dimensões mais negligenciadas em discussões populares sobre TDAH. Sintomas de desatenção são altamente inespecíficos. Problemas de sono podem causá-los. Ansiedade pode causá-los. Depressão pode causá-los. Dificuldades de aprendizagem podem produzi-los. Autismo pode coexistir ou compartilhar determinadas dificuldades executivas. Experiências traumáticas também podem alterar atenção e comportamento. Por isso, o critério “parece desatento” possui baixíssima especificidade isoladamente.

O sexto eixo é a comorbidade: A existência de uma segunda condição não invalida o TDAH. Ao contrário, a presença de condições associadas é frequente e modifica tratamento, prognóstico e necessidades educacionais. AAP e PCDT recomendam investigação explícita desse aspecto.

O sétimo eixo é o risco de estigma: A dissertação registra historicamente a atribuição dos comportamentos do TDAH a falhas familiares e desconhecimento dos educadores. Essa realidade ainda possui consequências. A criança rotulada como preguiçosa pode internalizar sentimento de incapacidade. A que recebe apenas punições pode desenvolver relação adversarial com a escola. A que é diagnosticada de maneira precipitada também pode carregar um rótulo inadequado. O objetivo da avaliação clínica não é encaixar pessoas em categorias, mas compreender suas necessidades.

O oitavo eixo é o acesso ao apoio: A Lei nº 14.254/2021 representa avanço importante ao estabelecer acompanhamento integral aos estudantes com TDAH e articular identificação precoce, diagnóstico, suporte educacional e saúde. A norma reforça que identificação precoce não equivale a diagnóstico realizado pela escola. A escola identifica sinais. A rede encaminha. A saúde avalia. Depois, as áreas devem voltar a se comunicar.

O nono eixo envolve formação profissional: Na pesquisa de Comerlato, os participantes foram unânimes na valorização da formação específica dos professores. Esse resultado possui grande relevância. Formação não deve ensinar professores a “diagnosticar TDAH”. Deve ensiná-los a reconhecer sinais, descrever comportamentos de maneira objetiva, implementar estratégias pedagógicas e compreender quando encaminhar.

O décimo eixo é a individualização: Dois alunos com TDAH não são necessariamente semelhantes. A própria combinação de sintomas varia. As funções executivas variam. As comorbidades variam. A capacidade intelectual varia. O apoio familiar varia. A resposta ao tratamento varia. Portanto, um laudo padronizado não pode gerar intervenção padronizada. A abordagem precisa partir da pessoa concreta.

23. DIRETRIZES PARA UMA CONSTRUÇÃO DIAGNÓSTICA MULTIDISCIPLINAR RESPONSÁVEL

A partir da revisão realizada, podem ser propostas diretrizes para qualificar a avaliação de crianças e adolescentes com suspeita de TDAH:

1. **Identificar sinais sem antecipar o diagnóstico.** Professores e familiares devem registrar comportamentos, frequência, contextos e prejuízos, evitando rótulos precoces.
2. **Realizar história clínica e do desenvolvimento abrangente.** É necessário investigar gestação, desenvolvimento, comportamento precoce, trajetória escolar, saúde, sono, relações sociais e antecedentes familiares.
3. **Documentar prejuízo funcional.** Sintomas isolados não bastam. É necessário demonstrar interferência relevante na vida escolar, familiar, social ou ocupacional.
4. **Verificar manifestação em múltiplos ambientes.** Informações da escola e família devem ser integradas.

5. **Considerar o nível de desenvolvimento.** Comportamentos considerados normais em crianças pequenas podem ser inadequados em adolescentes.
6. **Investigar diagnósticos diferenciais.** Sono, ansiedade, depressão, dificuldades de aprendizagem, autismo e condições médicas devem ser consideradas.
7. **Pesquisar comorbidades.** A avaliação não termina quando critérios para TDAH são preenchidos.
8. **Utilizar escalas como ferramentas auxiliares.** SNAP-IV e outros instrumentos padronizados complementam, mas não substituem a avaliação clínica.
9. **Solicitar testes neuropsicológicos quando houver pergunta clínica pertinente.** Não utilizá-los como “exame confirmatório”.
10. **Não utilizar neuroimagem, exames genéticos ou laboratoriais como rastreamento rotineiro para confirmar TDAH.** Exames devem responder a hipóteses clínicas específicas.
11. **Estabelecer articulação entre saúde e educação.** Informações escolares relevantes devem chegar ao profissional de saúde e orientações funcionais precisam retornar à escola.
12. **Incluir a família nas decisões.** Responsáveis devem compreender o raciocínio diagnóstico e as alternativas.

13. **Ouvir a criança ou adolescente.** O próprio indivíduo possui informações sobre suas dificuldades, estratégias e sofrimento.
14. **Preservar confidencialidade.** O diagnóstico não deve ser divulgado indiscriminadamente.
15. **Reavaliar longitudinalmente.** Sintomas, prejuízos e necessidades mudam ao longo do desenvolvimento.

24. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou a construção diagnóstica e a natureza do TDAH, tomando como ponto de partida a dissertação de Claucia Comerlato e ampliando seu referencial com diretrizes clínicas e pesquisas contemporâneas. A dissertação oferece contribuição pertinente ao destacar o TDAH como condição de base neurobiológica, a relevância das funções executivas e a necessidade de articulação multidisciplinar. Seu objetivo específico de investigar a construção diagnóstica por equipe multidisciplinar fornece um recorte coerente para o desenvolvimento deste estudo.

A primeira conclusão consiste em reconhecer o TDAH como transtorno do neurodesenvolvimento cientificamente validado, caracterizado por padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade associado a prejuízo funcional. Essa compreensão é compartilhada por Ministério da Saúde, NIMH, AAP e ampla literatura internacional.

A segunda conclusão é que sua natureza neurobiológica não pode ser reduzida a explicações simplistas. O TDAH não decorre de uma única alteração cerebral. Não existe um único gene causador. Não corresponde simplesmente à “falta de dopamina”. Sua etiologia é

multifatorial e altamente heterogênea. Os estudos genômicos de Demontis et al. (2023) representam evidência particularmente robusta da arquitetura poligênica do transtorno.

A terceira conclusão é que as funções executivas constituem importante dimensão neuropsicológica do TDAH. Inibição de resposta, memória de trabalho, vigilância, planejamento e organização são frequentemente afetados. Entretanto, Willcutt et al. (2005) demonstraram que tais déficits não são universais. Consequentemente, nenhuma medida executiva isolada pode funcionar como teste diagnóstico.

A quarta conclusão é que o diagnóstico permanece clínico. Não existe exame específico. Não existe neuroimagem diagnóstica. Não existe exame sanguíneo validado para confirmar TDAH. Essa é uma atualização importante em relação a algumas referências antigas presentes na dissertação. O próprio PCDT do Ministério da Saúde registra expressamente que não há exame complementar específico.

A quinta conclusão é que a qualidade do diagnóstico depende da multiplicidade de informações. História clínica, desenvolvimento, sintomas, prejuízo, família, escola e funcionamento em diferentes contextos precisam ser integrados. O diagnóstico não pode ser baseado exclusivamente na consulta em consultório porque determinadas manifestações podem variar significativamente conforme estrutura e demanda ambiental.

A sexta conclusão é que a equipe multidisciplinar possui função fundamental, sobretudo nos casos complexos. Médicos, psicólogos, neuropsicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais,

psicopedagogos, assistentes sociais e profissionais da educação podem contribuir com diferentes dimensões. A colaboração não significa que todos desempenham a mesma função. A escola não substitui a avaliação clínica. A neuropsicologia não substitui critérios diagnósticos. O exame médico não substitui informações escolares. O princípio é complementaridade.

A sétima conclusão é que diagnóstico diferencial e comorbidades devem ocupar posição central. Dificuldades de atenção e autorregulação aparecem em diferentes condições. Ignorar essa sobreposição aumenta o risco de erro.

A oitava conclusão diz respeito ao papel da escola. Os dados da pesquisa de Comerlato demonstraram forte valorização do planejamento colaborativo: 96% dos participantes defenderam articulação entre equipe pedagógica e família para organização das estratégias individuais. Além disso, os profissionais reconheceram necessidade de formação continuada e colaboração familiar. Esses achados reforçam que a inclusão de estudantes com TDAH depende de conhecimento compartilhado.

A nona conclusão refere-se à legislação brasileira. A Lei nº 14.254/2021 consolidou a obrigação de acompanhamento integral de educandos com TDAH, incluindo identificação precoce, encaminhamento diagnóstico, apoio educacional e apoio terapêutico especializado, com articulação entre redes de educação e saúde.

A décima e principal conclusão é que o diagnóstico deve ser compreendido como processo de compreensão e não como mecanismo de rotulação. Um diagnóstico adequado deve responder

a três perguntas fundamentais: quais dificuldades a pessoa apresenta; por que essas dificuldades ocorrem; e quais formas de apoio podem reduzir seus impactos. A identificação do TDAH só alcança plenamente sua finalidade quando contribui para melhorar o funcionamento, a aprendizagem, a participação social, a autonomia e a qualidade de vida. Dessa maneira, uma construção diagnóstica cientificamente responsável deve conciliar neurobiologia, desenvolvimento, contexto, funcionamento e interdisciplinaridade.

O TDAH é real, mas sua manifestação não é uniforme. As funções executivas são relevantes, mas não explicam tudo. A equipe multidisciplinar é fundamental, mas não substitui critérios clínicos. A escola é indispensável para compreender a criança, mas não deve assumir o papel de diagnosticar. E o diagnóstico, finalmente, não deve determinar o limite do estudante. Deve constituir uma ferramenta para que família, saúde e educação compreendam melhor suas necessidades e construam condições mais equitativas para seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, e20192528, 2019.

BARKLEY, Russell A. **T transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed.

BRASIL. **Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021.** Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH.** Portaria Conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical Care of ADHD in Children.** Atlanta: CDC, 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Diagnosing ADHD.** Atlanta: CDC, atualização 2026.

COMERLATO, Cláucia. **A importância do Atendimento Educacional Especializado (AEE), no desenvolvimento e aprendizagem dos alunos com TDAH da Escola Municipal Ensino Tabajara, localizada no município de Caçador-SC.** Dissertação (Master in Education Sciences) – Veni Creator Christian University, Florida, 2026.

DEMONTIS, Ditte et al. Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. **Nature Genetics**, v. 55, p. 198-208, 2023. DOI: 10.1038/s41588-022-01285-8.

FARAONE, Stephen V. et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 128, p. 789-818, 2021. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.

HOOGMAN, Martine et al. Brain imaging of the cortex in ADHD: a coordinated analysis of large-scale clinical and population-based samples. **American Journal of Psychiatry**, 2019.

HOOGMAN, Martine et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 4, p. 310-319, 2017. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30049-4.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What You Need to Know**. Bethesda: NIMH.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed.

TOWNES, Parker et al. Do ASD and ADHD have distinct executive function deficits? A systematic review and meta-analysis of direct comparison studies. **Journal of Attention Disorders**, v. 27, n. 14, p. 1571-1582, 2023. DOI: 10.1177/10870547231190494.

WILLCUTT, Erik G.; DOYLE, Alysia E.; NIGG, Joel T.; FARAONE, Stephen V.; PENNINGTON, Bruce F. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. **Biological Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1336-1346, 2005. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006.

WOLRAICH, Mark L. et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, e20192528, 2019. DOI: 10.1542/peds.2019-2528

¹ Geografia pela UNC - Universidade do Contestado atual UNIARP
Especialização Em metodologia do Ensino História e Geografia pela
EDUCON Educação especial e atendimento educacional
especializado pela Dom Bosco Práticas pedagogias
interdisciplinares em educação especial pela Dom Bosco E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)