

PSIQUIATRIA



Quando a desatenção começou?

Um roteiro de reconstrução
diagnóstica do TDAH em adultos

Um roteiro de reconstrução diagnóstica do TDAH em adultos.

Antes de contar sintomas, reconstrua o percurso

Este e-book acompanha um caso fictício e oferece um roteiro para a consulta. A pergunta não é apenas quantos sintomas o adulto marca hoje. É se existe um padrão do neurodesenvolvimento, com início antes dos 12 anos, expressão em mais de um contexto e prejuízo funcional que não seja mais bem explicado por outra condição.^{1,2,3}

Entregável prático: uma linha do tempo clínica, uma matriz contexto-prejuízo e um quadro de diferenciais guiado pela cronologia.

O caso de André

André, 36 anos, procura avaliação porque está perdendo prazos desde que assumiu a coordenação de uma equipe. Diz que “sempre foi desorganizado”, mas a piora ocorreu nos últimos oito meses. Nesse período, passou a dormir cerca de cinco horas por noite, aumentou a cafeína e retomou o uso de cannabis nos fins de semana.

O ASRS veio positivo. O resultado ajuda a abrir a investigação, mas não responde se André tem TDAH, privação de sono, efeito de substâncias, um episódio psiquiátrico ou mais de uma condição ao mesmo tempo.^{3,4}

A pergunta clínica em quatro eixos

Organize a avaliação em quatro colunas mentais:

Eixo	Pergunta central	Evidência procurada
síndrome atual	há sintomas compatíveis e persistentes?	exemplos, frequência, gravidade e curso
desenvolvimento	havia manifestações antes dos 12 anos?	memória contextualizada, documentos e informantes
transversalidade	o padrão aparece em mais de um contexto?	trabalho, casa, estudo, relações e atividades
função	qual consequência pode ser ligada aos sintomas?	atraso, perda, conflito, instabilidade, risco ou custo compensatório

A quinta coluna é transversal: **o que explica melhor?** Ela impede que a investigação termine na primeira hipótese plausível.

Primeira passagem: descreva o presente sem usar rótulos

Quando André diz “não consigo focar”, o médico pede um episódio recente. Ele relata que abre o relatório, responde a uma mensagem, procura um arquivo, inicia outra tarefa e chega ao fim do dia sem concluir a primeira. Em reuniões, perde partes da discussão e anota compromissos em locais diferentes.

Transforme cada adjetivo em comportamento observável:

- “desorganizado” vira tarefas, objetos, agenda, arquivos e sequência de ações;
- “impulsivo” vira interrupções, compras, decisões, direção ou respostas precipitadas;
- “procrastinador” vira tipo de tarefa, momento de início, prazo e consequência;
- “hiperativo” vira inquietação motora, desconforto ao permanecer sentado ou necessidade de atividade.

Depois, pergunte pelo contraponto. Há tarefas em que isso não acontece? Atividades altamente interessantes, urgentes ou recompensadoras podem sustentar atenção melhor. A CID-11 observa que sintomas variam conforme estrutura e demanda e que desatenção pode ficar menos evidente sob estimulação intensa.¹

Registro mínimo do sintoma

Para cada item relevante, anote:

1. exemplo concreto;
2. frequência e duração;
3. contexto;
4. consequência;
5. estratégia de compensação;
6. presença em outro período da vida.

Esse registro é mais informativo do que uma lista de “sim” e “não”.

Segunda passagem: desenhe a linha do tempo

Faça uma linha horizontal com marcos, não uma biografia completa.

Infância, antes dos 12 anos

Pergunte sobre rotina escolar, materiais, deveres, necessidade de supervisão, comentários de professores, comportamento em sala, amizades e atividades. Não limite a investigação a notas: apoio familiar, escola estruturada e alta capacidade podem mascarar dificuldades.

No caso de André, ele lembra de perder cadernos e começar tarefas sem terminar. A mãe confirma que preparava sua mochila todas as noites e que professores descreviam “bom aluno, mas vive no mundo da lua”. Um boletim do quinto ano registra trabalhos incompletos. Esses elementos não são um “teste”; juntos, corroboram início desenvolvimental.^{1,5}

Adolescência

Explore aumento de demanda, autonomia, prazos, conflitos, direção, uso de substâncias e estratégias de compensação. André relata que estudava apenas na véspera e dependia de um colega para lembrar provas.

Início da vida adulta

Mapeie faculdade, empregos, finanças, casa e relações. Mudanças repetidas podem ser oportunidade, mas também podem esconder dificuldade persistente. Pergunte por causas de cada transição.

Momento atual

Marque quando a piora começou e o que mudou junto. Em André, a promoção, a redução de sono e o retorno da cannabis coincidem com a intensificação. Isso não apaga o padrão antigo; identifica agravantes atuais.

Regra de leitura

Um curso desenvolvimental contínuo pode variar em intensidade. Já início abrupto após décadas de funcionamento assintomático pede prioridade para sono, humor, substâncias, medicamentos, condições clínicas ou neurológicas.^{1,5}

Terceira passagem: compare contextos, não apenas testemunhas

TDAA requer manifestação em múltiplas situações. Isso não significa comportamento idêntico em todos os lugares. Estrutura externa, interesse, supervisão e consequência imediata modulam a expressão.^{1,2}

Use uma matriz:

Contexto	Manifestação	Consequência	Proteção ou compensação
trabalho	alterna tarefas e perde prazos	retrabalho e advertência	assistente lembra entregas
casa	esquece contas e reparos	multa e conflito	débito automático parcial
relação	perde partes de conversas	parceiro se sente ignorado	conversa sem telefone ajuda
estudo anterior	deixava tudo para a véspera	sono perdido e notas irregulares	colega lembrava datas

No caso de André, há manifestações no trabalho, em casa e na trajetória escolar. A promoção tornou visível um padrão que antes era parcialmente compensado.

Se a dificuldade existe apenas no novo cargo, investigue as exigências da função e as condições de trabalho. Um único contexto não deve ser transformado em transtorno generalizado.

Quarta passagem: meça prejuízo e custo de compensação

Sintoma não é sinônimo de transtorno. Pergunte o que deixou de acontecer, que consequência ocorreu e quanto esforço foi necessário para evitar falha.^{2,3,5}

Evidências de prejuízo

- atrasos, faltas e prazos perdidos;
- desempenho inconsistente ou aquém da capacidade documentada;
- instabilidade ocupacional ou acadêmica;
- conflitos relacionados a esquecimentos, interrupções ou tarefas não concluídas;
- multas, perdas financeiras e obrigações vencidas;
- acidentes ou decisões impulsivas;
- autocuidado e rotina comprometidos.

Evidências de custo compensatório

- horas extras frequentes para concluir tarefas simples;
- múltiplos alarmes e conferências;
- dependência desproporcional de parceiro, família ou equipe;
- escolha de ambientes extremamente estruturados;
- exaustão para manter desempenho aparente.

André tem prejuízo atual e histórico, mas parte da gravidade atual também acompanha sono insuficiente. A formulação precisa registrar ambos.

Quinta passagem: abra o mapa dos diferenciais

Diferencial não é uma lista de nomes. É comparar início, curso, gatilho, sintomas associados e relação temporal.

Hipótese	Pista temporal	Perguntas discriminantes
depressão	acompanha episódio	há humor deprimido, anedonia, culpa, mudança do sono e lentificação?
bipolaridade	episódios de mudança do basal	há elevação ou irritabilidade episódica, menos necessidade de sono, aceleração e aumento de atividade?
ansiedade	piora com preocupação ou ameaça	a mente está ocupada por ruminação, medo ou hipervigilância?
trauma	ligada a gatilhos e arousal	há sintomas relacionados ao trauma e aos gatilhos?
sono	varia com quantidade e qualidade	há ronco, pausas, sonolência, turnos, insônia ou ritmo irregular?
substâncias	acompanha uso ou abstinência	quando começou, quanto usa e como funciona em períodos sem uso?
medicamento	após introdução ou ajuste	houve mudança temporal com sedativos, anticolinérgicos ou outros fármacos?
condição clínica	início atípico ou sinais associados	há alteração tireoidiana, metabólica, neurológica, sensorial ou cognitiva?

A CID-11 destaca humor, ansiedade, substâncias, medicamentos, doenças neurológicas, alterações tireoidianas e transtornos do sono entre fronteiras diagnósticas relevantes. Ela também orienta considerar autismo, aprendizagem, coordenação motora e tiques como diferenciais ou comorbidades.¹

O teste da independência

Para cada condição concorrente, pergunte: **os sintomas de TDAH estavam presentes antes dela e persistem fora de seus episódios ou exposições?**

André relata padrão desde a infância, mas a piora atual acompanha privação de sono e cannabis. A hipótese de TDAH permanece, enquanto sono e substância entram como agravantes e alvos de cuidado, não como detalhes periféricos.

Sexta passagem: use escalas no lugar correto

Escalas podem:

- estruturar a busca de sintomas;
- ampliar exemplos na entrevista;
- comparar auto e heterorrelato;
- quantificar uma linha de base;
- acompanhar mudança ao longo do cuidado.

Escalas não podem, sozinhas:

- comprovar início antes dos 12 anos;
- demonstrar transversalidade;
- atribuir prejuízo ao TDAH;
- excluir humor, ansiedade, sono, substâncias ou condições clínicas;
- confirmar diagnóstico por um ponto de corte.

NICE e AADPA recomendam avaliação clínica completa e afirmam que o diagnóstico não deve ser feito apenas com escalas ou observação.^{3,4}

Sem ranking artificial

ASRS e outras medidas padronizadas respondem a perguntas diferentes e têm propriedades que variam por população e contexto. Não há instrumento universalmente superior. Escolha a ferramenta pela finalidade, versão validada, idioma e limites conhecidos. Um instrumento de triagem ou rastreio positivo encaminha para avaliação; não encerra a avaliação.

Sétima passagem: decida se testes e exames têm indicação

O diagnóstico de TDAH é clínico. Não existe exame laboratorial, imagem, teste computadorizado de atenção ou bateria neuropsicológica que o confirme isoladamente.^{4,6}

Quando considerar investigação dirigida

- início abrupto ou muito tardio;
- mudança cognitiva progressiva;
- sinais neurológicos;
- trauma cranioencefálico;
- suspeita de epilepsia ou condição do sono;
- sintomas endócrinos ou metabólicos;
- dúvida sobre aprendizagem ou perfil cognitivo;
- questão funcional específica que a avaliação neuropsicológica possa caracterizar.

O teste neuropsicológico pode descrever forças e fragilidades ou investigar outra hipótese. Resultado alterado não é específico de TDAH, e resultado normal em sala silenciosa e estruturada não exclui dificuldade no cotidiano.⁶

No caso de André, a história orienta primeiro sono, substâncias, exame clínico e avaliação psiquiátrica completa. Exames adicionais dependem de achados, não de um pacote automático.

Como lidar com informação colateral ausente ou divergente

Peça consentimento para contato com pessoa próxima e explique a finalidade. Prefira alguém que conheça o período relevante. Registros escolares, avaliações e prontuários podem complementar.^{1,4,5}

Se ninguém estiver disponível:

- aprofunde âncoras temporais e exemplos;
- busque documentos existentes;
- compare múltiplos domínios da trajetória;
- registre a limitação;

- reduza a confiança da conclusão quando necessário.

Se os relatos divergem, não escolha automaticamente um “verdadeiro”. Investigue contexto, oportunidade de observação, memória, expectativas e exemplos concretos. Divergência é dado clínico.

Formulação final: escreva o raciocínio, não apenas o código

Uma formulação defensável responde:

1. qual sistema diagnóstico foi usado;
2. quais sintomas atuais foram demonstrados;
3. que evidência sustenta início antes dos 12 anos;
4. em quais contextos o padrão aparece;
5. quais prejuízos estão ligados a ele;
6. quais diferenciais e comorbidades foram examinados;
7. quais fontes de informação foram usadas;
8. quais incertezas permanecem.

Aplicação ao caso

André apresenta sintomas atuais de desatenção, história corroborada de manifestações antes dos 12 anos, padrão em escola, trabalho, casa e relações e prejuízo funcional. A privação de sono e o uso de cannabis têm relação temporal com a piora recente e precisam de manejo e reavaliação. O rastreador positivo é compatível com a hipótese, mas não foi a base isolada da conclusão.

Essa formulação é mais útil do que “ASRS positivo, TDAH confirmado”. Ela separa transtorno de base, agravantes atuais e pontos que deverão ser acompanhados.

Uma página de decisão

Decisão	Evidência mínima	Se faltar
síndrome atual	sintomas caracterizados por entrevista	ampliar exemplos e frequência
início	manifestações antes dos 12 anos	buscar âncoras, registros e informantes; registrar incerteza
múltiplos contextos	padrão em duas ou mais situações relevantes	avaliar se é situacional
prejuízo	consequência ou custo compensatório demonstrável	não converter traço em transtorno
diferencial	linha do tempo de humor, ansiedade, sono, substâncias, medicamentos e clínica	investigar antes de concluir
comorbidade	curso independente de outra síndrome	formular ambos quando sustentados
testes	pergunta específica que o teste pode responder	não solicitar bateria confirmatória
conclusão	síntese com sistema, fontes e limites	acompanhar longitudinalmente

Checklist da consulta

- [] Transformei queixas vagas em episódios observáveis.
- [] Investiguei manifestações antes dos 12 anos.
- [] Comparei ao menos dois contextos relevantes.
- [] Liguei sintomas a prejuízo ou custo compensatório.
- [] Construí a cronologia de humor, ansiedade, sono e trauma.
- [] Revisei substâncias e medicamentos.
- [] Considerei condições clínicas, neurológicas e outros transtornos do neurodesenvolvimento.
- [] Usei escalas como apoio, não como veredito.
- [] Solicitei documentação e informação colateral quando disponíveis.
- [] Registre fontes, divergências e incertezas.
- [] Identifiquei o sistema diagnóstico usado.
- [] Planejei reavaliação quando a evidência ainda não era suficiente.

A qualidade da avaliação aparece na cadeia entre história, contexto, função e exclusões. Contar sintomas é uma parte; explicar o percurso é o diagnóstico.

Acesse o material completo.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders**. Geneva: WHO; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Diagnosing ADHD**. Critérios DSM-5 resumidos para prática clínica. <https://www.cdc.gov/adhd/diagnosis/index.html>
3. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NG87**. Publicada em 2018; última atualização formal em 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/recommendations>
4. AUSTRALASIAN ADHD PROFESSIONALS ASSOCIATION. **Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder**. 2022. <https://adhdguideline.aadpa.com.au/wp-content/uploads/2024/06/Australian-Clinical-Practice-Guideline-For-ADHD-June-2024.pdf>
5. SIBLEY, M. H. **Empirically-informed guidelines for first-time adult ADHD diagnosis**. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2021;43(4):340-351. <https://doi.org/10.1080/13803395.2021.1923665>
6. CORTESE, S. et al. **Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies**. World Psychiatry. 2025;24(3):347-371. <https://doi.org/10.1002/wps.21374>