

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento

ADRIANA DE FÁTIMA RIBEIRO

Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes

São Paulo
2013

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento

ADRIANA DE FÁTIMA RIBEIRO

Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie para obtenção do título de mestre.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Linha de Pesquisa:

Estudos teóricos e práticos sobre o sujeito com distúrbios do desenvolvimento: implicações individuais e sociais.

São Paulo
2013

R484c Ribeiro, Adriana de Fátima.

Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes / Adriana de Fátima Ribeiro. – 2014.

95 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014.

Referências bibliográficas: f. 87-95.

1. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).
2. Múltiplos informantes. 3. Escala de inteligência Wechsler para crianças. Lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). I. Título.

CDD 616.8589

ADRIANA DE FÁTIMA RIBEIRO

Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie para obtenção do título de mestre.

Data da Defesa: São Paulo, 13 de Fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro - Orientador
Universidade Presbiteriana Mackenzie - UPM

Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Universidade Presbiteriana Mackenzie - UPM

Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla
Universidade de São Paulo - USP

São Paulo
2013

Esta dissertação foi realizada com o apoio da
CAPES-PROSUP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por abençoar e iluminar o meu caminho e por ter me dado forças para prosseguir em momentos difíceis.

A minha mãe, que sempre acreditou na minha capacidade de seguir adiante, pelas orações, pela paciência e pelo amor.

Ao meu filho adolescente Caio Ribeiro de Oliveira pela paciência, pelo amor, por representar a vida na minha vida, pelo sorriso lindo nos momentos de luta e pelos abraços inesperados.

Aos meus irmãos Alexandre e Samuel, por vocês estarem sempre ao meu lado.

Aos meus sobrinhos Breno e Rebeca, por existirem em minha vida.

A minha Tia Vanusa, que durante semanas consecutivas contei com suas palavras de fé.

A Genalva, uma pessoa muito especial, suas palavras de apoio e sabedoria sempre foram preciosas.

Ao pai do meu filho, que em muitos momentos me socorreu, me apoiou e me ajudou nos cuidados de nosso adolescente. Meu carinho, respeito e reconhecimento por ser o pai que meu filho ama e admira.

A minha psicóloga Lélia de Cássia Faleiros, pelo acolhimento, pelo profissionalismo e pelo respeito que sempre demonstrou pelas minhas questões mais delirantes por me ouvir atenta e por me dar as mãos nos momentos de incertezas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, primeiramente pela paciência e pelo amor que demonstra pela profissão de ensinar e de orientar seus alunos. Por me fazer entender que vale a pena seguir com garra em busca de um objetivo e em busca de conhecimento. Por estar presente em todos os momentos da minha vida de estudante, na graduação e no mestrado. Obrigada por tudo!

A Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira e ao Prof. Dr. Marcos Vinícius Araújo, pela oportunidade de aprender com vocês.

A Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla, pela disponibilidade e considerações feitas a este trabalho.

As minhas amigas Lais Pereira Khory e Carla Nunes Cantiere, por vocês estarem ao meu lado sempre. Minhas amigas, vocês são muito especiais, me apoiaram, acreditaram em mim e me acolheram em todos os momentos. Obrigada pelas palavras, pela amizade sincera, pelas conversas divertidas e sérias, também, pela troca de informações e conhecimentos no

campo da psicologia, pelos trabalhos apresentados nos congressos e pelo companheirismo. Eu amo vocês!

As minhas amigas Inajara, Deise, Giovana, Karen, Leandra, pelas orações, pelo carinho, pela amizade, pelo apoio e pela paciência. Obrigada por estarem ao meu lado!

Ao Grupo de TDAH da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por ajudar em todos os processos da pesquisa e na realização deste trabalho. Meu carinho a Ana Paula R. Micieli, Alexandre, Camila Maria Chiquetto, Diego Rodrigues Silva, Dulcinéia Bastos Duarte, Julia Simões, Maria Aparecida Fernandes, Martins, Guiomar Mikuletic, Maria Luiza Mesquita, Marinalva Gonçalves Requião, Mayra Fernanda Seraceni, Miran Seguin, Nathany Regina e Regina Marino.

Aos pais/responsáveis dos adolescentes e aos próprios adolescentes e professores que aceitaram participar dessa pesquisa, muito obrigada, sem a participação de vocês este trabalho não aconteceria.

A todos os professores do programa de pós graduação e do curso de psicologia da UPM , que de certa maneira contribuíram para eu concluir o mestrado.

"Qual é o meu objetivo na vida"? , "O que procuro"? , "Qual é a minha finalidade"? . Tais são as questões que qualquer homem põe a si mesmo, uma vez ou outra, às vezes calma e meditativamente, outras vezes na agonia da incerteza e do desespero. São questões antigas, muito antigas, que foram feitas em todos os séculos da história e que receberam uma resposta. São também questões que todo o indivíduo, a seu modo, deve colocar e responder para si mesmo. São questões que eu, como terapeuta, ouço exprimir das mais variadas formas por mulheres e por homens perturbados que tentam aprender, compreender ou escolher as direções que a sua vida deve seguir.

Carl R. Rogers

RESUMO

RIBEIRO, A. F. **Comparação de padrões comportamentais referidos por múltiplos informantes e desempenho neuropsicológico na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em adolescentes**, 2014. 96 p. Tese (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) do Programa de Pós-Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2014.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um padrão de desatenção e/ou hiperatividade persistente e mais grave do que o normalmente observado em indivíduos com nível equivalente de desenvolvimento. Trata-se de um transtorno cujos sintomas são variados e podem interferir em graus diversos conforme o ambiente no qual o indivíduo está inserido. A identificação dos sinais desse transtorno deve levar em consideração uma avaliação das funções neuropsicológicas e de indicadores comportamentais, preferencialmente a partir de múltiplos informantes como pais ou responsáveis, professores e o próprio adolescente. Este projeto tem como objetivo identificar as principais concordâncias referentes aos comportamentos dos adolescentes com queixa dos sintomas de TDAH, observados pelos múltiplos informantes e posteriormente correlacioná-los ao seu desempenho nos testes neuropsicológicos. Foram usados os inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18 que pertencem ao Sistema de Avaliação Baseado em Evidência do Achenbach (ASEBA) e WISC-III, Wisconsin e Teste de Atenção Concentrada (AC). Participaram desse estudo 20 adolescentes com idades entre 11 a 16 anos, divididos em dois grupos, 10 com diagnóstico (grupo TDAH) e 10 sem TDAH (grupo controle). Todos os participantes fizeram parte do protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para identificar sinais de desatenção e hiperatividade/impulsividade do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Os resultados para os índices de concordância nas respostas fornecidas pelos múltiplos informantes na correlação entre CBCL versus TRF, CBCL versus YSR e TRF versus YSR, pelo meio dos valores de referência (Q corr), de acordo com o programa ADM versão 7, mostrou-se alta para os dois grupos. Na comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais em função dos grupos e instrumentos tanto quanto para as escalas de Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade, observou-se no grupo TDAH que os pais relataram mais problemas que os professores e no grupo controle os professores é quem relataram um número significativamente maior de problemas. Na comparação das escalas de Ritmo Cognitivo Lento em função dos grupos e instrumentos, verificou-se que os pais também perceberam mais alterações nos comportamentos constituintes dessa escala que os professores. Com relação às correlações dos testes neuropsicológicos e dos indicadores comportamentais de problemas de comportamento nos diferentes instrumentos, não foram observadas diferenças significativas. Conclui-se, assim, a necessidade de compor procedimentos de avaliação de pessoas com queixas de TDAH com diferentes instrumentos de relato por múltiplos informantes, além de outros procedimentos como observação direta ou testagem neuropsicológica para o estabelecimento de um perfil cognitivo para auxiliar no processo de avaliação.

Palavras Chave: TDAH, Múltiplos Informantes, CBCL, TRF, YSR.

ABSTRACT

RIBEIRO, A. F. Comparisons of behavior pattern referred by multiple informants and neuropsychological performance in the characterization of inattention and hyperactivity in adolescents, 2014. 96 p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) do Programa de Pós-Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2014.

Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD) is characterized by a pattern of persistent inattention and/ or hyperactivity that it is more severe than normally observed in individuals with an equivalent level of development. It is a disorder in which the symptoms are varied and may interfere in different degrees according to the environment in which the individual is inserted. The identification of the signs of this disorder must take into consideration an assessment of the neuropsychological functions and of the behavioral indicators, preferably from multiple informants such as parents or guardians, teachers and the adolescent itself. This project aims to identify the main agreements relating to the behaviors of adolescents complaining of symptoms of ADHD observed by multiple informants, and correlate them to their performance on neuropsychological tests. It was used the inventories CBCL/6-18, TRF/6-18 and YSR/11-18 belonging to the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) and WISC-III, Wisconsin and the Concentrated Attention Test (AC). Twenty adolescents participated in this study aged between 11 and 16 years, divided into two groups, ten with diagnostic (ADHD group) and ten without ADHD (control group). All participants were part of the protocol of neuropsychological, behavioral and clinical assessment to identify signs of inattention and hyperactivity/ impulsivity of the Developmental Disorders Post-Graduation Program at Mackenzie Presbyterian University. The results for the concordance rates in the answers provided by multiple informants in the correlation between CBCL versus TRF, CBCL versus YSR and TRF versus YSR, through values of reference (Q corr), according to the ADM program version 7, were high for both groups. In the comparison of the scales of Internalizing, Externalizing and Total Problems in function of the groups and instruments, as much as for the scales of problems of attention and attention deficit disorder and hyperactivity, it was observed in the ADHD group that the parents reported more problems than the teachers and in the control group the teachers reported significantly greater number of problems. In the comparison of the scales of Sluggish Cognitive Tempo in function of the groups and instruments it was verified that the parents also perceive more alterations in the behavior in different instruments constituents of this scale than the teachers. Regarding to correlations of neuropsychological tests and behavioral indicators of problems of behavior in different instruments, no significant differences were observed. It is therefore concluded the need to compose procedures of assessment of people with the complaint of ADHD with different reporting instruments by multiple informants, besides other procedures such as direct observation or neuropsychological testing for the establishment of a cognitive profile as an aid in the process of assessment.

Keywords: ADHD, multiple informants, CBCL, TRF, YSR.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	DSM-IV-TR e DSM-5, classificação diagnóstica do TDAH._____	26
Quadro 2	Subtestes que permitem calcular o QIV (CUNHA, 2000)_____	50
Quadro 3	Subtestes que permitem calcular o QIE (CUNHA, 2000)._____	51
Quadro 4	Descrição do primeiro encontro com o pais/responsáveis e com as crianças e/ou adolescentes. _____	54
Quadro 5	Descrição do segundo encontro com o pais/responsáveis e com as crianças e/ou adolescentes._____	55
Quadro 6	Descrição do terceiro encontro com o pai/responsáveis e com as crianças e/ou adolescentes.._____	56
Quadro 7	Descrição do quarto encontro com o pais/responsáveis: Devolutiva e encaminhamento._____	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes do grupo com diagnóstico de TDAH._____	42
Tabela 2	Caracterização dos participantes do grupo controle._____	43
Tabela 3	Análise comparativa dos padrões de respostas dos comportamentos dos participantes do grupo com diagnóstico do TDAH - Pais x Professores (CBCL X TRF), Pais x Adolescentes (CBCL X YSR) e Professores x Adolescentes (TRF X YSR)._____	61
Tabela 4	Análise comparativa dos padrões de respostas dos comportamentos dos participantes do grupo Controle - Pais x Professores (CBCL X TRF), Pais x Adolescentes (CBCL X YSR) e Professores x Adolescentes (TRF X YSR)._____	62
Tabela 5	Descrição dos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo com diagnóstico do TDAH._____	64
Tabela 6	Descrição dos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo Controle._____	65
Tabela 7	Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas de Problemas (Internalizantes; Externalizantes e Totais)._____	66
Tabela 8	Descrição dos escores T dos Problemas de Atenção e dos Problemas de TDAH, em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR para o grupo com diagnóstico do TDAH._____	71
Tabela 9	Descrição dos escores T dos Problemas de Atenção e dos Problemas do TDAH, em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo controle._____	72
Tabela 10	Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas (Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade)._____	73
Tabela 11	Descrição dos escores T dos Comportamentos Opositores Desafiantes e Problemas de Conduta em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo com diagnóstico do TDAH._____	77
Tabela 12	Descrição dos escores T dos Comportamentos Opositores Desafiantes e Problemas de Conduta em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo controle._____	78
Tabela 13	Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas (Problemas de Opositores Desafiantes e	

	Problemas de Conduta)._____	78
Tabela 14	Descrição dos escores T das Escala Ritmo Cognitivo Lento em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo TDAH e grupo controle._____	80
Tabela15	Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escala (Ritmo Cognitivo Lento)._____	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Escore padronizado (T) em função das escalas de problemas (Internalizantes; Externalizantes e Totais), para os grupos estudados (TDAH e Controle)._____	67
Gráfico 2	Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as escalas de problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais, dos grupos estudados (TDAH e Controle)._____	67
Gráfico 3	Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as escalas de problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais dos grupos estudados (TDAH e Controle)._____	69
Gráfico 4	Escore padronizado (T) em função das Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade, para os grupos estudados (TDAH e Controle)._____	73
Gráfico 5	Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade dos grupos estudados (TDAH e Controle)._____	74
Gráfico 6	Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade dos grupos estudados (TDAH e Controle)._____	75
Gráfico 7	Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL e TRF) para a Escala Ritmo Cognitivo Lento, dos grupos estudados (TDAH e Controle). _____	81
Gráfico 8	Resultados dos testes do WISC III em função dos escores/índices avaliados no QI verbal, QI execução, QI total e índices específicos CV, OP, RD,VP, para os grupos estudados (TDAH e controle)._____	83
Gráfico 9	Resultados do teste atenção concentrada-AC em função dos índices avaliados Acertos, Erros, Omissões e Pontos, para os grupos estudados (TDAH e controle)._____	83
Gráfico 10	Resultados do teste Wisconsin em função dos índices: Número de ensaios, Total correto, Total de erros, Respostas perseverativas, Erros perseverativos, Erros não-perseverativos, Respostas de nível conceitual, Número de categorias completadas, Ensaio para completar a primeira categoria e Fracasso em manter o contexto, para os grupos estudados (TDAH e controle)._____	84

LISTA DE SIGLAS

AC	Teste de Atenção Concentrada
ADM	Assessment Data Manager 7.2
ASEBA	Sistema de Avaliação Baseado em Evidência do Achenbach
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CTT	Color Trail, Test
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª edição Revisada
FE	Funções Executivas
MO	Memória Operacional
PPG-DD	Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
QIE	Quociente Intelectual de Execução
QIEC	Quociente Intelectual da escala completa
QIV	Quociente Intelectual Verbal
RCL	Ritmo Cognitivo Lento
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDO	Transtorno Desafiador Opositivo
TRF/6-18	Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18) - <i>Teacher's Report Form for Ages 6-18</i> .
UPM	Universidade Presbiteriana Mackenzie
YSR/11-18	Inventário de Auto-avaliação para Jovens entre 11 e 18 anos (YSR/11-18) - <i>Youth Self Report - For Ages 11-18</i> .
WCST	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas
WISC-III	Escala de Inteligência Wechsler para crianças

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1. Considerações Históricas Sobre o TDAH	20
2.2. Epidemiologia do TDAH	21
2.3. Caracterização do TDAH	24
2.4. Funcionamento Cognitivo e Avaliação Neuropsicológica no TDAH	27
2.5. Comparação do Padrão Comportamental Respondido por Múltiplos Informantes	31
3. JUSTIFICATIVA	39
4. OBJETIVOS	40
4.1. Geral	40
4.2. Específicos	40
5. MÉTODO	41
5.1. Local e Realização do Estudo	41
5.2. Participantes	41
5.3. Critérios de Inclusão e Exclusão	42
5.4. Aspectos Éticos	43
5.5. Instrumentos	43
5.5.1. Instrumentos para Caracterização do Perfil Comportamental	44
5.5.2. Instrumentos para Caracterização Cognitiva	49
5.5.3. Instrumento de Apoio	53
5.6. Procedimentos para Coleta de Dados	53
6. ANÁLISE DOS DADOS	58
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
7.1. Resultados dos Testes Comportamentais	60
7.1.1. Concordância Entre os Instrumentos CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18	60
7.1.2. Comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais em função dos grupos e instrumentos	63

7.1.3. Comparação das escalas de Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade em função dos grupos e instrumentos	70
7.1.4. Comparação das escalas de Problemas de oposição e desafio e problemas de conduta em função dos grupos e instrumentos	76
7.1.5. Comparação das escalas de Pensamento Cognitivo Lento em função dos grupos e instrumentos	79
7.2. Resultados dos Testes Neuropsicológicos	82
8. CONCLUSÕES	86
9. REFERÊNCIAS	88
10. ANEXOS	96

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um problema de saúde mental caracterizado por comportamentos relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade, mais frequente e grave do que o tipicamente observado em pessoas no mesmo nível de desenvolvimento. Os problemas de comportamento associados ao TDAH devem aparecer em pelo menos dois dos seguintes contextos: no ambiente social, acadêmico e/ou ocupacional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Crianças e adolescentes com TDAH frequentemente apresentam comportamentos impacientes e agitados, e podem se tornar socialmente inadequados. O quadro sintomatológico característico do TDAH comumente acarreta prejuízos acadêmicos, psicossociais e familiares (MASSETTI et al., 2008; LYRA et al., 2009).

Para identificar os sintomas associados ao TDAH são necessárias avaliações clínica, neuropsicológica e comportamental. A investigação do transtorno, no geral, utiliza-se dos Critérios Internacionais de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, por meios do CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) e do DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª edição – Revisada de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), sendo as diretrizes desses manuais fundamentais para o processo de avaliação clínica-comportamental (RIZZO, 2008; ROHDE; HALPERN, 2004; BARKLEY, 2002). Entretanto, ainda hoje profissionais da saúde encontram dificuldades para diagnosticar indivíduos com sinais de desatenção e hiperatividade, principalmente na presença de déficits cognitivos, transtornos invasivos do desenvolvimento e transtornos de aprendizagem (SOUZA et al., 2007).

O TDAH vem acompanhado, com frequência, de outros transtornos. A presença de comorbidades ocorre em 30% a 50% dos casos, uma vez que pode haver a ocorrência concomitante de sintomas psicopatológicos, tais como o Transtorno de Conduta (TC), Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtornos de Humor e Depressão, dificultando o diagnóstico (MANUZZA et al., 2008; STEELE; JENSEN; QUINN, 2006; SOUZA; PINHEIRO; MATTOS, 2005; ROHDE; HALPERN, 2004; SERRA-PINHEIRO et al., 2004).

Rohde e Halpern (2004) apontaram a necessidade de contextualizar os sintomas na história de vida da pessoa para observar sinais que indicam a presença do TDAH. É indicado, também, verificar o período de sintomatologia intensa do TDAH; quando começaram as

dificuldades e a frequência e a intensidade dos sintomas para oferecer-lhes um plano apropriado de intervenção.

Grigorenko e colaboradores (2010) consideram importante, na identificação de transtornos, uma investigação epidemiológica, com métodos avaliativos e diferentes informantes na caracterização dos problemas de comportamento. Alguns estudos apontam o sistema ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), como o melhor caminho para investigar problemas de comportamento de crianças e adolescentes (WIELEWICK; GALLO; GROSSI, 2011; SALBACH- ANDRAE; LENZ; LEHMKUHL, 2009; ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001). São múltiplos formulários de avaliações por meio de diferentes informantes que compõe esse sistema, no entanto, os que estão associados mais à infância e à adolescência são: o CBCL/6-18 (Inventário de Comportamentos Respondido pelo Pai/Mãe/Responsável), o TRF/6-18 (Inventário de Comportamentos Respondido pelo Professor) e o YSR/11-18 (Inventário de Comportamentos respondido pelo Próprio Adolescente) (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001). Os mesmos permitem verificar o perfil de funcionamento adaptativo e os problemas de comportamento.

A tradução desses instrumentos foi padronizada para a população brasileira e estão sendo utilizadas em diversos estudos para efetivar a sua validação no Brasil. Esses inventários são considerados ferramentas úteis para estudos epidemiológicos, tanto de corte transversal quanto para estudos de acompanhamentos (BORDIN et al., 2013). Rocha e colaboradores (2010) sugerem que uma avaliação feita por múltiplos informantes seja uma fonte investigativa relevante, independentemente das divergências entre as respostas dos CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18. Tais autores acreditam que conhecer os comportamentos em diferentes ambientes é importante para ajudar no diagnóstico e nas intervenções adequadas (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2010).

Deste modo, a comparação dos relatos dos múltiplos informantes por meio destes inventários pode ser um caminho de investigação que contribui para o processo de avaliação dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade/impulsividade. Os inventários comportamentais podem ser uma ferramenta de avaliação de fácil acesso, culminando em elementos significativos que podem colaborar na investigação de comportamentos associados ao TDAH (AZEVEDO, 2008).

Além dos múltiplos procedimentos de avaliação comportamental, o conhecimento sobre as alterações cognitivas presentes nos quadros de desatenção e hiperatividade/impulsividade também são importantes. Assim, a avaliação neuropsicológica pode auxiliar no

estabelecimento de um perfil de funcionamento cognitivo, sendo um caminho importante para entender os prejuízos apresentados pelas crianças e adolescentes com TDAH (CARREIRO; TEIXEIRA; SCHWARTZMAN, 2011).

O presente estudo faz parte de uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (PPG-DD), da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Desde 2008, o PPG-DD desenvolve pesquisas com crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. Tais trabalhos envolvem avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica, além de intervenções individuais e em grupos para crianças e adolescentes e seus pais/responsáveis, numa perspectiva multidisciplinar (CARREIRO; TEIXEIRA; SCHWARTZMAN, 2011).

Com isso, o presente trabalho tem como finalidade comparar relatos de comportamento do adolescente com queixa de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, por meio de questionários respondidos pelos pais/responsáveis, pelos professores e pelos próprios participantes. Pela comparação desses relatos, pretende-se identificar a presença de problemas de comportamento associados às queixas de desatenção e hiperatividade, avaliar a concordância entre as respostas dos múltiplos informantes e correlacioná-las ao desempenho nos testes utilizados na avaliação neuropsicológica.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Considerações Históricas Sobre o TDAH

Durante a história do TDAH, muito se discute sobre os possíveis fatores que influenciam o transtorno. Quanto às investigações da origem e expressão dos sintomas, a literatura aponta para alterações no sistema nervoso central, fatores genéticos e fatores ambientais. Evidências da neuropsicologia, neuroimagem, neurofarmacologia e genética indicam o envolvimento do circuito frontoestriatal dopaminérgico no cérebro (ANDRADE et al., 2011).

Caliman (2010) constata por meio de seus estudos que o

[...] TDAH surgiu na literatura médica na primeira metade do século XX, e, a partir de então, foi batizada e rebatizada muitas vezes. Ela foi a criança com defeito no controle moral, a portadora de uma deficiência mental leve ou branda, foi afetada pela encefalite letárgica, chamaram-na simplesmente de hiperativa ou de hipercinética, seu cérebro foi visto como moderadamente disfuncional, ela foi a criança com déficit de atenção e, enfim, a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (p.49).

O primeiro trabalho publicado sobre o transtorno foi escrito pela primeira vez em 1798. Alexander Crichton apresentou os aspectos de desatenção observados em adolescentes, que são extremamente semelhantes aos critérios indicados pelo DSM-IV-TR (PALMER; FINGER, 2001). Atualmente, Russell A. Barkley é considerado uma das autoridades mais citadas no debate internacional sobre o TDAH. Na década de 90, ele considerava que o transtorno provinha de um déficit da inibição e da capacidade do autocontrole. O ponto central da análise teórica e histórica do TDAH, para Barkley, advém de um déficit neurofisiológico do sistema inibitório (CALIMAN, 2010). Barkley (1997) divulgou que sua ideia alusiva ao transtorno era compatível aos trabalhos dos médicos George Still, no início do século XX, e Virgínia Douglas, na década de 70.

Em 1902, George Still, pediatra inglês e professor de doenças infantis do *King's College Hospital*, foi considerado um estudioso importante quando se pensa na história do transtorno. Escreveu vários livros sobre o comportamento infantil normal e patológico e publicou a descrição médica do TDAH. O TDAH foi conhecido por várias nomenclaturas, no primeiro momento, foi chamado de déficit do controle moral, considerado uma condição biológica e cerebral. Os pacientes expressavam comportamentos agressivos e desafiantes (CALIMAN, 2010; 2009). Em 1904, passou a chamar-se distúrbio orgânico do

comportamento, devido à especulação de uma possível lesão cerebral traumática. No ano de 1922, ficou conhecido como uma desordem Pós Encefalítica, que resulta em comportamentos de inquietação, desatenção e impaciência. A partir de 1940, acreditava-se que o transtorno estava relacionado a uma lesão cerebral mínima, ocasionando problemas de manutenção da atenção, da regulação do afeto, da atividade e da memória (SENA; SOUZA, 2008). No ano de 1957, o transtorno foi divulgado como síndrome do impulso hipercinético, por acreditarem na existência de uma lesão cerebral precisa, mesmo que mínima. Em 1960, foi chamado de síndrome da criança hiperativa, baseada na hipótese da presença de um déficit neurofisiológico (CALIMAN, 2010). Nesta mesma década, outras nomenclaturas surgiram, como Reações Hipercinética da Infância no DSM-II e síndrome hipercinética no CID 9 (SENA; SOUZA, 2008). A partir do final da década de 70, o diagnóstico, que era centrado na hiperatividade, passou a focar no sintoma da desatenção, conhecido como déficit atencional, e no controle de impulsos (CALIMAN, 2010; SENA; SOUZA, 2008).

Em 1980, surgiu pela primeira vez no DSM-III como Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), no qual a doença foi dividida em dois tipos: TDA com hiperatividade e TDA sem hiperatividade. Já em 1987, o DSM-III-R retornou a enfatizar a hiperatividade e alterou novamente a nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Já no ano de 1994, o quarto volume do Manual Estatístico e Diagnostico de Doenças Mentais (DSM-IV), mudou a nomenclatura para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Neste mesmo período, foram publicados estudos referentes ao transtorno, o qual passou a ser reconhecido, principalmente nos Estados Unidos da América. Após essa compreensão, o tratamento do TDAH tornou-se uma necessidade vinculada à gestão social e econômica de alguns países, portanto, os indivíduos passaram a ser protegidos por lei e recebem tratamento diferenciado na escola (CALIMAN, 2008). No DSM-5 de 2013, a definição e os critérios diagnósticos básicos relativos à edição anterior foram mantidos.

2.2. Epidemiologia do TDAH

O estudo Epidemiológico utiliza um grupo de pessoas com perfil definido para estudar o problema de saúde e a relação de causa-efeito ou causa-doença. Investiga a saúde da população e os efeitos motivados pelas intervenções de uma determinada doença (MEDRONHO, 2005). A partir dos levantamentos dos estudos epidemiológicos, as políticas públicas de saúde e de educação podem se organizar para combater doenças e propor

intervenções apropriadas. Desta maneira, pode-se planejar a realização de intervenções medicamentosas, psicoterápicas e psicopedagógicas (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1991).

Os estudos nacionais e internacionais realizados com crianças em idade escolar propõem a prevalência do TDAH entre 3% e 6%, (LOPES; ROSA; PINTO, 2012). Rohde e colaboradores (2000) encontraram prevalência de 5,8% numa amostra de 1013 adolescentes, entre 12 a 14 anos, para o levantamento dos dados, utilizando o DSM-IV como critério diagnóstico para o TDAH. A predominância do TDAH entre meninos e meninas varia aproximadamente de 2:1 em estudos populacionais, até 9:1 em estudos clínicos (FONTANA et al., 2007). Diversos outros estudos apontam que a hiperatividade é mais frequente em meninos. Outros acreditam que as meninas apresentam mais déficit de atenção e menos transtorno de conduta, podendo ser considerado um fator explicativo na detecção mais tardia do problema para esse grupo. De modo geral, esses fatores poderiam contribuir para uma representação diminuída do sexo feminino e, conseqüentemente, diminuir os índices de prevalência do transtorno desta população (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009; STALLER; FARAONE, 2006). Michanie e colaboradores (2007) encontraram proporções equivalentes do transtorno entre adolescentes de ambos os sexos. Ou seja, acharam um equilíbrio de 1:1 na prevalência entre gêneros do TDAH.

A prevalência estimada na população geral do TDAH é de 4% a 12%, na faixa de 6 a 12 anos (POLÔNIO, 2009). Outro achado de revisão sistemática indicou prevalência de 6,48% em crianças e de 2,74% em adolescentes (SCHMITZ; POLANCZYK; ROHDE, 2007). No Brasil, alguns estudos indicaram taxas de 3% a 7% em crianças com sintomas do transtorno (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2007; SOUZA et al., 2001). Em recente pesquisa, do tipo seccional, realizada por Jacini (2012), com crianças escolares de rede pública do ensino fundamental no município de Campinas, estimou-se a prevalência de sintomas do quadro clínico em 566 (10,7%), numa amostra de 5282 crianças, entre 7 a 10 anos. O estudo demonstrou que o índice de prevalência de sintomas de TDAH é compatível com as taxas encontradas em outros estudos (JACINI, 2012).

A variação encontrada nos estudos epidemiológicos aponta prevalência do quadro entre 3% e 20%. A contestação dos resultados pode ser entendida pelos diferentes critérios metodológicos utilizados nas pesquisas, pelos diagnósticos e pelo perfil da amostra, como, por exemplo, procedimento de seleção da amostra, idade dos participantes em diversos estudos, diferentes fontes de informantes, critério de avaliação, escolha dos instrumentos de

coletas dados e escalas distintas de avaliação para determinar a taxa de prevalência (JACINI 2012; RIZZO, 2008; ROHDE; MATTOS, 2006).

Por outro lado, quando se pensa nas comorbidades em indivíduos com TDAH, a prevalência encontrada e a gravidade do problema são preocupações frequentes, mas nem sempre questionadas. No entanto, as comorbidades deste transtorno se mostram presentes em 30% a 50% dos casos. Os sintomas do TDAH e as comorbidades a ele associadas podem contribuir, por exemplo, para o baixo desempenho escolar (HERNÁNDEZ, 2007; RAYMAEKERS et al., 2007; SCHATZ; ROSTAIN, 2006). A diversidade e prevalência de transtornos comórbidos no TDAH deixa claro que não é possível ignorar seu impacto na avaliação clínica ou na constituição das amostras de investigação. Tais condições contribuem para contradições dos resultados e avaliações (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009; SCHATZ; ROSTAIN, 2006).

Souza e colaboradores (2001) investigaram as comorbidades mais encontradas em crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH. Eles observaram que o Transtorno ansioso (TA), Transtorno de oposição e desafio (TOD) e Transtorno de conduta (TC) foram os mais encontrados. Entretanto, notaram maior prevalência do TC em relação ao TOD. Frequentemente, crianças e adolescentes com TDAH apresentam comportamentos agressivos e opositores, assim como baixa autoestima, o que pode explicar os sintomas depressivos (SOUZA et al., 2001).

Estudos apontam que sintomas de ansiedade estão presentes em aproximadamente 25% dos indivíduos com TDAH e têm sido considerados como um problema comum na criança e no adolescente com o transtorno. De maneira geral, apresentam irritabilidade e queda no rendimento escolar, podendo, em alguns casos, ficar apáticos (MATTOS, 2011; SCHATZ; ROSTAIN, 2006). Frequentemente, essas crianças apresentam piores respostas aos estímulos externos e maiores chances de Transtornos do Humor e Transtornos de Ansiedade na adolescência e/ou fase adulta (SOUZA et al., 2001). Além disso, crianças e adolescentes com TDAH que tem como comorbidade o transtorno de ansiedade podem apresentar dificuldade no cumprimento de tarefas cognitivas complexas, aquelas que envolvem a memória de trabalho. A memória de trabalho envolve a capacidade de armazenar informações que serão aproveitadas posteriormente. Muitas vezes, essas crianças e adolescentes são desorganizadas em seus pensamentos e na execução de atividades diárias. De modo geral, é possível, também, perceber como comorbidade sintomas ansiosos em indivíduos que enfrentam dificuldades em usar o tempo de modo adequado para a realização de tarefas (BARKLEY, 2008; SCHATZ; ROSTAIN, 2006).

Quanto aos sistemas classificatórios atuais em psiquiatria infantil, os profissionais da saúde possivelmente encontram dificuldade na realização do diagnóstico das comorbidades em indivíduos com TDAH, uma vez que não abrangem a complexidade de quadros clínicos, tais como os observados na prática clínica. As condições mais complexas, quando associadas aos sintomas de TDAH, envolvem o acompanhamento dos problemas relacionados aos déficits cognitivos globais e aos transtornos invasivos do desenvolvimento, assim como transtornos do aprendizado (SOUZA et al., 2007).

2.3. Caracterização do TDAH

Segundo as classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR, o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) é caracterizado como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, mais frequente e grave do que se comparado a indivíduos da mesma faixa etária. Os sintomas surgem antes do sete anos e os problemas de comportamento associados ao transtorno devem estar presentes durante pelo menos 6 meses e em pelo menos dois contextos, incluindo dificuldades na escola, situações de lazer e/ou no ambiente familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A criança e adolescente com TDAH comumente encontram dificuldade para selecionar um estímulo e manter o foco nas atividades propostas. Dentro do comportamento desatento, o indivíduo frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes, comete erros por descuido nas tarefas escolares e nas atividades de lazer, encontram dificuldades para acompanhar instruções e concluir seus deveres, uma vez que se distrai com facilidade a estímulos alheios. Com frequência apresentam tarefas confusas e inadequadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Com relação ao comportamento hiperativo, o indivíduo pode se tornar inquieto, como, por exemplo, se remexer na cadeira e subir excessivamente em coisas quando isso é inapropriado ao ambiente, devido ao fato de não conseguir permanecer tranquilo quando deveria. Com frequência tem dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades escolares e lazer. Segundo o DSM-IV-TR, a criança com TDAH, em idade escolar, com frequência expõe comportamentos similares, mas com menor frequência e intensidade que bebês e pré-escolares. Por outro lado, o comportamento hiperativo para os adolescentes e adultos se mostra diferente das crianças e dos bebês, mas ainda assim é possível perceber inquietude e dificuldade para se envolver em atividades tranquilas e sedentárias (ROHDE;

HALPERN, 2004; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Considerando os aspectos expostos, a criança e adolescente hiperativo, portanto, são frequentemente consideradas inconvenientes, uma vez que conversam demais, falam alto e demonstram dificuldades para reduzir o comportamento de acordo com o ambiente. Com frequência evidenciam uma inibição pobre em todos os comportamentos em que há probabilidade de recompensa imediata (ANDRADE; FLORES-MENDONZA, 2010).

Em relação aos sintomas impulsivos, indivíduos frequentemente sofrem acidentes, uma vez que se envolvem em atividades perigosas sem considerar as possíveis consequências de seus atos. Os sintomas pioram quando exigem atenção ou esforço mental constante. No entanto, os sinais dos comportamentos impulsivos podem ser ínfimos quando o indivíduo está sob controle rígido ou durante uma atividade interessante. Esses comportamentos podem variar de acordo com a idade e de acordo com seu nível de desenvolvimento. O adolescente e o adulto impulsivo, frequentemente, são impacientes, fazem comentários impróprios, interrompem e se intrometem em assuntos alheios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O trabalho de Graeff e Vaz (2008) permite deduzir que os aspectos relacionados à impulsividade são caracterizados pela ação sem o controle racional, portanto, frequentemente as crianças fazem o que querem e o que lhes vêm à cabeça. Conclui-se, deste modo, que elas se envolvem em brincadeiras perigosas, correndo um risco maior de se ferirem e também de agredirem colegas quando frustradas (GRAEFF; VAZ, 2008). Além disso, o TDAH é considerado um dos distúrbios de comportamento mais comuns na infância, gerando grande preocupação entre pais e professores. Com frequência pessoas com TDAH encontram dificuldade em privilegiar um foco e sustentá-lo com nível suficiente de atenção, assim como modular níveis de atividade cognitiva e, em alguns casos, controlar comportamentos impulsivos (ANDRADE et al., 2011; GOMES et al., 2007). De modo geral, o TDAH não está associado a déficit intelectual, mas existe um comprometimento nas habilidades referente ao direcionamento e manutenção da atenção para executar ou concluir determinadas tarefas, contribuindo assim, para um baixo rendimento escolar (ARAÚJO, 2012).

Ainda no que se refere aos sistemas de classificação, o TDAH pode apresentar-se de diversas maneiras e condições de comprometimento em cada indivíduo. Contudo, leva-se em considerações três subtipos para o diagnóstico (de acordo com o DSM-IV): combinado, predominantemente desatento e predominantemente hiperativo/impulsivo. O subtipo combinado é marcado pela presença de seis ou mais sintomas por um período de seis meses ou mais de desatenção, e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade. É o mais observado na maioria das crianças e adolescentes com o transtorno. Por outro lado, o subtipo

predominantemente desatento é caracterizado pela presença de seis ou mais sintomas de desatenção, com pouca presença dos sintomas de hiperatividade/ impulsividade, e deve manter-se por um período de seis meses ou mais. Já o subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo é caracterizado pela presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade, com pouca presença dos sintomas de desatenção, sendo que, deve se manter por um período de seis meses ou mais (ANDRADE et al., 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O quadro 1 a seguir apresenta critérios para avaliação clínica, baseadas no DSM-IV-TR, para verificar problemas de comportamento relacionados ao TDAH. O quadro oferece nove questões relacionadas a problemas de comportamento de desatenção, seis questões de hiperatividade e três de impulsividade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Quadro 1: DSM-IV-TR e DSM-5 , classificação diagnóstica do TDAH.

DESATENÇÃO
(a) com frequência deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido ao comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias;
HIPERATIVIDADE
(a) com frequência agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
(b) com frequência abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
(c) com frequência corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
(e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";
(f) com frequência fala em demasia;
IMPULSIVIDADE
(g) com frequência dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas;
(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
(i) com frequência interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

A edição do DSM-5 foi publicada em maio de 2013, incluindo algumas mudanças nos critérios de diagnósticos do TDAH. Na quinta edição é possível identificar sintomas de TDAH, caso haja um quadro de Autismo. Outra mudança se refere à avaliação dos adultos, o número para identificar os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade passou para cinco ou mais dos itens relacionados aos 18 critérios de identificação, sendo que, anteriormente, era necessário identificar seis ou mais sintomas. Outra mudança relevante foi referente ao critério que determina a idade do início dos sintomas. No DSM-IV-TR, a presença dos sintomas deve surgir antes dos 7 anos, já no DSM-V, aos 12 anos. O termo “subtipos” foi substituído por “apresentação”, significando, assim, que o perfil de sintomas atuais pode se modificar com o tempo. Entretanto, mantém as mesmas categorizações, com predomínio de desatenção, de hiperatividade/impulsividade e combinado. Outra mudança significativa na quinta edição possibilita classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (MATTOS, 2013).

2.4. Funcionamento Cognitivo e Avaliação Neuropsicológica no TDAH

Alguns estudos demonstram a importância de buscar métodos possíveis para se estudar a atenção e as suas alterações no campo das ciências cognitivas e da neurociência (CARREIRO, HADDAD; BALDO, 2012; 2011; CARREIRO, 2003). A atenção se refere à capacidade que o indivíduo tem para obter informações sobre o mundo e como organiza suas respostas aos estímulos que os rodeiam (CARREIRO; TEIXEIRA, 2012). A atenção é importante para que o indivíduo seja capaz de focar em um determinado momento no estímulo por ele selecionado. Deste modo, os processos de atenção permitem o organismo lidar com a grande

quantidade de informação que um determinado ambiente emite, elegendo, assim, apenas alguns estímulos para processá-los de modo mais eficaz, desprezando os outros (BOLFER, 2009; DINIZ et al., 2008; HALPERIN, 1991).

A atenção pode ser definida de diferentes maneiras. Apesar de haver divergência quanto à terminologia, existem três níveis de atenção consensualmente aplicada: seletiva, sustentada e alternada (BOLFER, 2009; BARON, 2004). A atenção seletiva refere-se à capacidade de analisar os estímulos que são recebidos, possibilitando ao indivíduo selecionar os mais relevantes na presença de outros distratores, tanto estímulos internos, quanto externos, ou seja, envolve a habilidade de filtrar as informações mais importantes, desprezando outras e processando-as de modo consciente. Já na atenção sustentada, o indivíduo tem capacidade de processar a informação e manter o foco durante as atividades prolongadas. Essa habilidade permite que o indivíduo consiga manter sua atenção de forma estável e continuar durante um longo período de tempo em uma atividade (COUTINHO; MATTOS; ABREU, 2010; NAHAS; XAVIER, 2004; SARTER; GIVENS; BRUNO, 2001). Por fim, a atenção alternada refere-se à mudança de foco entre diferentes atividades com níveis de exigência de compreensão variada. É considerada uma capacidade de flexibilidade mental, uma vez que permite ao indivíduo mudar a atenção de um determinado assunto e passar para outro com maior exigência cognitiva (BOLFER, 2009; BARON, 2004).

Considera-se que indivíduos com TDAH frequentemente apresentam comportamentos de esquecimento, desorganização mental, dificuldade do controle motor e dificuldade de sustentar atenção em atividades por um curto período de tempo. Esses sintomas podem estar associados a alterações nos circuitos relacionados às áreas pré-frontais em associação ao lobo parietal, causando prejuízos também à memória operacional (MO) e à motivação (BOLFER, 2009, ALLOWAY et.al., 2009; DIAMOND, 2005). De acordo com Bolfer (2009), pessoas com TDAH apresentam piores resultados, comparados aos indivíduos sem o transtorno, para manter o foco em atividades contínuas e repetitivas. As crianças e adolescentes com TDAH, não conseguem manter eficiência atencional apropriada durante uma atividade de leitura, prejudicando assim, sua compreensão e interpretação de um texto (BOLFER, 2009).

O indivíduo com TDAH apresenta dificuldades em inibir uma resposta e, muitas vezes, responde de forma precipitada, sem esperar as instruções de comando. O desenvolvimento cognitivo e emocional desses indivíduos pode ser prejudicado pela dificuldade em manter os níveis necessários de atenção nas tarefas solicitadas. Muitas vezes, eles dependem de uma fonte externa de motivação para conseguirem direcionar e executar as atividades propostas (BARKLEY, 2008; 2002). É possível observar que as crianças e os adolescentes que tendem a

apresentar baixo rendimento escolar, geralmente são impacientes, desatentos, impulsivos, desafiadores e, às vezes, agressivos. De modo geral, são agitados e não prestam atenção a detalhes, se distraem com facilidade por causa de estímulos irrelevantes. Portanto, o TDAH é caracterizado por uma série de sintomas, nem sempre claros ou facilmente distinguíveis, de outros transtornos psiquiátricos (BENCZIK, 2002).

Alguns estudos apontam que as regiões alteradas do cérebro de um indivíduo com TDAH estão relacionadas ao lobo frontal, especialmente o córtex pré-frontal, conexões fronto-estriatais, áreas límbicas e cerebelares que causam déficit no controle inibitório. Os sistemas neuroquímicos responsáveis são os neurotransmissores dopamina e norepinefrina (BIEDERMAN, 2005; PHELAN, 2005; BARKLEY, 2002). De modo geral, não existe um consenso científico conciso sobre as causas do TDAH. Contudo, as hipóteses mais consistentes que foram levantadas por pesquisadores interessados no assunto são aquelas que envolvem as circuitarias e sistemas de neurotransmissão descritos anteriormente.

No estudo de Kolb e Whishaw (2002), o lobo frontal parece associar-se ao processo seletivo da atenção. O estudo sugere que o córtex de associação frontal é responsável pelas habilidades que o indivíduo tem para dirigir com flexibilidade a atenção ao seu foco de interesse. Tais autores sugerem que tendo uma lesão nesta região, o indivíduo pode apresentar déficit de atenção.

Colaborando com a mesma ideia de Kolb e Whishaw (2002), Capovilla, Assef e Cozza (2007) ressaltam a possibilidade de alterações nas funções executivas (FE) e no córtex pré-frontal estarem associadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apesar das funções cognitivas estarem preservadas na sua maior parte, ou seja, as crianças e adolescentes exercem um bom desempenho em testes convencionais de inteligência. No entanto, apresentam dificuldades em iniciar uma tarefa, planeja-las e conduzi-las de modo sequencial a um objetivo de maneira eficiente (CAPOVILLA; ASSEF; COZZA, 2007). O trabalho de Capovilla, Assef e Cozza (2007) permite observar dois estudos brasileiros associados às alterações nas FE e córtex pré-frontal, relacionados ao TDAH. Os estudos investigaram a validade de instrumentos para avaliar os componentes das funções executivas em crianças e correlaciona-los a alguns comprometimentos dessas funções no TDAH. No primeiro estudo realizado por Cozza, observaram correlações significativa entre percentis na Escala de Déficit de Atenção e Hiperatividade e medidas dos Testes de Trilhas, Torre de Londres, Memória de Trabalho Auditiva e Visual. Os dados possibilitaram destacar que os testes fornecem evidências de validade concorrente na identificação de crianças com sintomas de desatenção e hiperatividade. Por outro lado, não houve correlações com Testes de Stroop e de Geração

Semântica, que avaliam a atenção seletiva e o controle inibitório, possivelmente porque não foi computado o tempo de reação. Já o segundo estudo realizado por Assef para compreender mais detalhadamente a relação entre os componentes das funções executivas e o TDAH, mostrou que crianças e adolescentes com TDAH apresentam baixo desempenho nos Testes de Geração Semântica, Stroop e Trilhas. Pode-se deduzir dos estudos evidências de validade desses instrumentos, revelando comprometimento de alguns componentes das FE em indivíduos com TDAH (CAPOVILLA; ASSEF; COZZA 2007).

O indivíduo com comprometimento nas FE tem dificuldade para engajar-se em comportamentos orientados a um plano alvo, ou seja, realizar ações voluntárias, auto organizadas e orientadas com metas específicas. De modo geral, ainda há poucos estudos científicos nacionais e internacionais que investigaram o funcionamento cognitivo de indivíduos com altas habilidades, especialmente em torno das funções executivas (GODOY et al., 2010).

Compreender as quatro FE pode ser um caminho para entender o funcionamento do indivíduo com TDAH. A primeira FE refere-se à memória de trabalho, essa permite o armazenamento provisório de informação. Na ausência de pistas externas, os indivíduos encontram dificuldades para manter a informação e usa-la posteriormente quando for solicitada. A segunda FE se refere à autorregulação do afeto, ligado a separação da carga emocional do conteúdo de um evento. O indivíduo se depara com a dificuldade em controlar o comportamento motor. A internalização do discurso é a terceira FE, a qual diz respeito à incapacidade do indivíduo em organizar-se para o adiamento do processo decisório de uma resposta e encontrar instruções autogeridas importantes para o autocontrole. A quarta FE refere-se à reconstituição, está relacionada ao controle inibitório, ou seja, habilidade de inibir respostas concorrentes. De modo geral, o indivíduo apresenta dificuldade em analisar o seu próprio comportamento e controlá-lo conforme o contexto (BARKLEY, 1997).

Existe também outra linha de investigação que envolve a falta de concentração, porém, ainda muito discutida essa relação com o TDAH. O Ritmo Cognitivo Lento (RCL) é caracterizado por comportamentos de sonolência: sonhar acordado, letargia, confusão mental e pensamento mais lento (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001). Atualmente está sendo bastante discutido como um distúrbio da infância e adolescência. Estudo sugere que esses comportamentos estão relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção. Durante trinta anos, as pesquisas referentes ao RCL foram compreendidas como um conjunto de sintomas relacionados ao TDAH predominantemente desatento (BARKLEY, 2013; STEPHEN et al., 2013). Apesar disso, estudo recente tem direcionado o foco para outra linha de

investigação e levantado novas questões da distinção entre o TDAH e RCL (STEPHEN et al., 2013). Barkley (2013) sugere mudança na nomenclatura prematura do termo déficit cognitivo quando se refere a condição do RCL, para o termo Transtorno de Déficit de Concentração, e apoia a ideia da necessidade de mais pesquisas serem dirigidas a todos os aspectos da RCL, uma vez que envolve problemas de comportamento na fase do desenvolvimento infantil, que ainda não foi reconhecido como um distúrbio psiquiátrico. Esta circunstância reforça a importância de mais pesquisas serem dirigidas a todos os aspectos da RCL, ou seja, levantamentos de dados demográficos, correlatos, comorbidade, história familiar, , intervenções e riscos do curso de vida da criança e do adolescente e especialmente etiologias (BARKLEY, 2013).

Apesar de alguns estudos apresentarem possíveis áreas comprometidas do cérebro, correlacionando-as ao transtorno, não há posicionamento preciso sobre quais das habilidades executivas e dos subcomponentes atencionais encontram-se prejudicadas (GONÇALVES et al., 2013).

Por fim, o TDAH “é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com atenção, controle do impulso e nível de atividade”, não está relacionado apenas a um estado temporário de conduta de comportamento que será superado e não é falta de disciplina e controle parental (BARKLEY, 2002). Crianças e adolescentes com TDAH frequentemente encontram dificuldade para inibir comportamento, ou seja, possuem baixa tolerância a espera, elevada necessidade de recompensa imediata e déficit na autorregulação (GODOY et al., 2010). A partir de alguns estudos foi possível compreender o conceito das funções executivas e os comprometimentos que estão relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade.

2.5. Comparação do Padrão Comportamental Respondido por Múltiplos Informantes

De modo geral, é importante compreender as relações estabelecidas entre a criança e o meio em que ela se desenvolve. É essencial entender o contexto familiar de uma criança com TDAH, as interações entre os pais e seus filhos, que muitas vezes são mais estressantes do que nas famílias com crianças e adolescentes típicos. Os pais enfrentam dificuldades para manejar o comportamento de seus filhos, que podem se tornar mais difíceis pelas características do TDAH.

A passagem da infância para adolescência é um caminho de muitas contradições. Os adolescentes com TDAH, em geral, encontram dificuldades no ajustamento à sistemática

escolar tradicional. Por outro lado, podem demonstrar sensibilidade e criatividade para realizar determinadas tarefas (RANGEL; LOOS, 2011). O estudo de Rangel e Loos (2011) investigou as percepções de 21 adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de TDAH acerca do papel da escola em seu desenvolvimento. O estudo mostrou problemas de reprovações, expulsões e transferências obrigatórias entre os participantes, bem como problemas de aprendizagem e de comportamentos. Os adolescentes apontaram que, com frequência, eram rotulados de maneira pejorativa, contribuindo, assim, para percepções e crenças diminuídas de suas capacidades.

O ambiente escolar é de suma importância na vida de uma criança no seu processo de desenvolvimento, uma vez que ela interage e aprende com o outro, mas, também, é neste contexto que os sintomas de TDAH são observados como um problema a ser tratado. No ambiente escolar a criança e o adolescente são expostos a várias situações em que os professores podem observar prejuízos, como a desatenção, hiperatividade e impulsividade, e, no entanto, nem sempre são reconhecidos como problemas neuropsicológicos (JOU; AMARALB; PAVANB, 2010). Outros autores levantaram a hipótese de que os professores são, muitas vezes, os primeiros a sugerirem que existem possíveis sinais de comportamentos associados ao TDAH em alunos, certificando a importância de uma investigação. É possível compreender que crianças e adolescentes com TDAH com frequência apresentam comportamentos diferentes, ou seja, se comportam de acordo com o ambiente em questão, o que sugere que relatos de pais acerca do comportamento do seu filho na escola, podem ser pouco precisos. Os pais/responsáveis podem ajudar a identificar sinais de hiperatividade por ter uma relação com o comportamento global da criança e adolescente no ambiente familiar. Por outro lado, os professores descrevem melhor o quadro de desatenção na escola (COUTINHO et al., 2008).

É preciso, também, ter cautela e atenção aos relatos tanto dos pais/responsáveis quanto dos professores, uma vez que nem sempre estes estão preparados para identificar comportamentos associados ao TDAH. Entretanto, os diferentes pontos de vistas e o uso de instrumentos padronizados podem colaborar para uma investigação criteriosa. Estudo de Lyra e colaboradores (2009) permite entender o quanto um problema psíquico pode influenciar no olhar dos professores em relação ao comportamento do aluno. A pesquisa apontou a prevalência de sofrimento psíquico em 21,8% dos 151 professores avaliados, que referiram à presença de problemas de comportamentos em 372 alunos, por meio do inventário TRF/6-18. Os professores que apresentaram sofrimento psíquico através do *Self Reported Questionnaire* SRQ-20 mostram percentuais mais elevados na identificação de Problemas Internalizantes de seus alunos. Muitas vezes os professores sentem dificuldades em lidar com alunos com baixo

rendimento escolar quando são desobedientes, agitados e ansiosos. Os autores observaram, também, que os Problemas Externalizantes, como agitação, falar alto, agressividade, entre outros, de maneira geral, são mais fáceis de serem detectados, porém, mais difíceis de serem trabalhados em sala de aula. Já os Problemas Internalizantes, como ansiedade, depressão, entre outros, de modo geral, são menos observados pelos professores, uma vez que se referem a comportamentos que não afetam diretamente o ambiente (LYRA et al., 2009).

Bordin e colaboradores (2013) consideram relevante obter informações de mais de um informante quando o objetivo é identificar problemas emocionais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes. É possível notar que, enquanto os autorrelatos de adolescentes podem revelar aspectos de ansiedade/depressão e outros sintomas de Problemas Internalizantes frequentemente desconhecidos pelos pais e professores, geralmente não revelam certos comportamentos de quebrar regras, abuso de álcool, entre outros comportamentos relacionados a Problemas Externalizantes normalmente observados pelos pais e/ou professores. O estudo de Achenbach, McConaughy e Howell (1987) reportou alto grau de convergência no relato de múltiplos informantes para problemas externalizantes quando comparados com os internalizantes. Tal dado sugere haver maior concordância entre informantes quando se trata de problemas que são mais facilmente observados, como é o caso dos problemas externalizantes, como, por exemplo, agressão ou hiperatividade/impulsividade.

Estudos apontam a necessidade de compreender os problemas emocionais e comportamentais vivenciados pelos adolescentes, visto que ainda é um desafio para os profissionais da saúde mental. Sugerem uma investigação de suas habilidades e dificuldades, com instrumentos que possam permitir aos adolescentes se expressarem de maneira objetiva diante aos seus problemas. Dentre os modelos de avaliação para investigar problemas de comportamento de adolescentes, um dos instrumentos mais apontados na literatura nacional e internacional é o YSR/11-18, este permite uma avaliação global de seus próprios comportamentos. Muitos estudos têm sido realizados em diversos países com o objetivo de validar esse instrumento, visto a importância de sua padronização e dos procedimentos de avaliação conforme a cultura em que o jovem está inserido (ROCHA, 2012; TAMM et. al., 2010; ROCHA, ARAUJO; SILVARES, 2008).

Estudos brasileiros vêm demonstrando a validade e a fidedignidade do instrumento YSR/11-18 para investigar comportamento problemático em jovens na população brasileira. O estudo de Rocha, Ferrari e Silvares (2010) permitiu compreender, por meio do instrumento YSR/11-18, que adolescentes com desenvolvimento típico pontuaram positivamente as escalas de competências. Os adolescentes reportaram estar inseridos no meio social de modo

produtivo, engajados em mais esportes, com mais atividades de lazer e melhor adaptados no trabalho; se relacionam de maneira saudável com amigos e familiares, isso quando comparado a jovens com desenvolvimento atípico. O estudo investigou os comportamentos por meio da autoavaliação, com objetivo de analisar as competências e problemas de comportamento. Apesar dos adolescentes se mostrarem aptos para falarem de seus comportamentos, ainda assim, considera-se importante investigar também relatos de pais e professores para compreender o comportamento do adolescente em diferentes contextos (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2010).

No que se refere especificamente ao CBCL na literatura nacional, o estudo de Rocha e colaboradores (2012) constatou boas propriedades psicométricas da versão brasileira deste inventário, sendo reportado que as escalas de problemas externalizantes, internalizantes e totais foram as que apresentaram os maiores coeficientes de consistência interna, com *alfas* maiores ou iguais a 0,80. A análise fatorial indicou que os dados brasileiros mostraram o melhor ajuste para as oito escalas dos problemas de comportamento quando comparados as análises dos EUA e de todos os outros países estudados até o momento. Com relação às avaliações quanto aos padrões de gênero, mostraram-se comparáveis aos relatados em outras sociedades. Wielewicki, Gallo e Grossi, (2011) demonstraram a eficácia do instrumento CBCL/ 6-18 como um facilitador da análise funcional de problemas de comportamento apresentados por uma criança de 10 anos. O instrumento foi utilizado na avaliação clínica como indicativo de comportamentos-alvo. O resultado apontou escores dentro da faixa limítrofe e clínica para oito escalas nos quais o instrumento sugere como problemático, ou seja, ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixa somática, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção e comportamento agressivo. O inventário apontou alguns comportamentos-alvo que ajudaram a identificar problemas de comportamento da criança pelas respostas da mãe. Colaborou para observar o comportamento apresentado pela mãe no momento do checklist e também para levantar hipóteses próximas às contingências que produziram e mantiveram os problemas de comportamento da criança (WIELEWICKI; GALLO; GROSSI, 2011).

Grigorenko e colaboradores (2010) reconhecem a importância de avaliar comportamentos de crianças e adolescentes por meio de múltiplos informantes para identificar traços psicopatológicos. Os autores pesquisaram uma amostra de 841 pessoas, com base na comunidade de jovens russos, na média de 13 anos. Utilizaram os inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18 para analisar três fatores: a) a validade das respostas convergente e divergente dos instrumentos na população russa, b) o grau de vieses dos examinadores, e c) os

preditores potenciais de efeitos específicos do avaliador. Aplicaram o CBCL/6-18 no pai e mãe separadamente, TRF/6-18 nos professores e o YSR/11-18 nos adolescentes. Os resultados apontaram concordância significativa entre as respostas dos inventários do pai e da mãe. No entanto, observaram relatos divergentes entre as respostas dos pais, professores e do próprio adolescente.

Além disso, os autores também ressaltam a necessidade de investigar as inconsistências entre as perspectivas de cada informante e seu acesso às informações, pois cada avaliador terá acesso a uma informação parcial sobre a criança. Por exemplo, os pais geralmente têm poucas informações sobre o comportamento da criança e do adolescente no contexto escolar e, em contrapartida, os professores tendem a ter pouco conhecimento sobre o comportamento em casa. É possível entender, a partir de um consenso na literatura sobre o uso de múltiplos informantes, ao avaliar traços psicopatológicos em crianças e adolescentes, o intuito de evitar os diversos vieses possíveis no relato dos problemas de comportamento (GRIGORENKO et al., 2010). Apesar disso, estudos apontam os relatos de diferentes informantes aconselháveis para ajudar na identificação de comportamentos associados ao TDAH e suas comorbidades (BORDIN et al., 2013; GRIGORENKO et al., 2010; SALBACH-ANDRAE; LENZ; LEHMKUHL, 2009).

Salbach-Andrae, Lenz e Lehmkuhl (2009) avaliaram o padrão de respostas de múltiplos informantes para investigar problemas de comportamento de adolescentes na escola por meio dos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18. A concordância entre as respostas se mostrou baixa à moderada. Contudo, os autores consideraram clinicamente importante investigar problemas de comportamento por meio de diferentes informantes, uma vez que muitos problemas de comportamento não são imediatamente perceptíveis para todos os avaliadores. Algumas vezes, os comportamentos podem não ser classificados como problemáticos para o pai/responsável, mas pode aparecer no contexto escolar e o professor identificá-lo como um problema ser investigado.

As discrepâncias entre os relatos de pais e professores são discutidas por muitos estudos. No entanto, ainda hoje, percebe-se a importância de utilizar diferentes informantes na caracterização de problemas de comportamento, uma vez que acrescenta informações relevantes para uma avaliação. O trabalho de metanálise de 119 estudos conduzido por Achenbach, McConaughy e Howell (1987) também verificou discrepância no relato de diferentes informantes. Os autores encontraram uma correlação média de 0.28 entre o relato de pais e professores e 0.22 entre o autorrelato da criança avaliada e outros informantes, sendo ambas as correlações estatisticamente significativas. Também verificaram que tais correlações

foram significativamente maiores para crianças de seis a onze anos do que para adolescentes, o que sugere que o comportamento de crianças menores talvez seja mais facilmente identificado pelos informantes. Este achado pode ser explicado devido ao maior convívio dos informantes (pais e professores) com crianças mais novas do que com adolescentes, que se envolvem mais frequentemente em atividades nas quais os informantes não estão presentes. Outra hipótese levantada é de que o comportamento em si destas crianças tende a ser mais semelhante nos diversos contextos quando comparado com o comportamento de adolescentes.

Outro estudo relevante para compreender relatos de múltiplos informantes na categorização de problemas de comportamento, se refere à metanálise de Martinez, Carter e Legato (2011), que teve como um de seus objetivos verificar se a competência social geral de crianças com doença crônica variava de acordo com o tipo de informante. Os resultados apontaram que os pais como informantes tiveram maiores pontuações do que próprio adolescente como respondente. O relato dos pais teve efeito significativo e moderado ($d = -0,51$, $z = -9,05$, $p < 0,001$), enquanto o autorrelato teve efeito significativo, porém pequeno ($d = -0,34$, $z = -5,60$, $p < 0,001$). Ao lado disso, nem os professores e os colegas como informantes apresentaram efeitos significativos, mas esse resultado deve ser analisado com cautela devido ao número pequeno das duas variáveis (7% e 9,3% da amostra, respectivamente). Os resultados encontrados corroboram outros achados na literatura de que os pais descrevem níveis mais altos de prejuízos, seguido pela própria criança como informante e por último os professores e colegas, que relatam os menores efeitos. Segundo os autores Martinez, Carter e Legato (2011), o relato dos pais é frequentemente o mais utilizado neste tipo de avaliação.

O processo de avaliação de crianças e adolescentes com TDAH se torna complexo devido à existência de subtipos do transtorno, à alta taxa de comorbidades, aos diferentes níveis de prejuízos, às inúmeras características de resiliência e à dificuldade de distinguir os sintomas do TDAH dos problemas de comportamento de causa ambiental de outras crianças de mesma faixa etária. Considerando que sua identificação é puramente clínica, com características dimensionais, é necessário atentar-se que as crianças com TDAH apresentam grupos de sinais que, em certo sentido, são comuns às crianças, porém muito mais graves e persistentes. As avaliações neuropsicológica e comportamental podem contribuir de forma significativa para identificação de dificuldades e prejuízos em diferentes contextos (SINGH, 2008; STEFANATOS, 2007).

O diagnóstico realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da saúde que conheçam o transtorno é apontado como o mais indicado para caracterizar o

TDAH. O processo de avaliação envolve técnicas apropriadas, conhecimento teórico e experiência profissional (DORNELLES; BORTOLINI, 2010). O diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes, segundo os critérios do DSM-IV-TR, requer que os sintomas estejam presentes em ao menos dois ambientes distintos: contexto escolar, familiar e ou ocupacional (COUTINHO et al., 2008). Desse modo, obtenção de informações referentes a esses diferentes ambientes é fundamental para orientar procedimentos avaliativos e interventivos.

Os procedimentos de avaliação clínica do TDAH, na maioria dos casos, estão pautados nos critérios do DSM-IV-TR. No entanto, nem sempre crianças e adolescentes são encaminhados para uma equipe multiprofissional, pois depende dos critérios utilizados por cada médico, que não segue uma única diretriz (LARROCA; DOMINGOS, 2012). Peixoto e Rodrigues (2008) observaram que profissionais da saúde não utilizam critérios específicos para identificar crianças e adolescentes com TDAH. Tais resultados foram possíveis de serem observados por meio do trabalho realizado com 30 profissionais da área da saúde com especialização em psiquiatria, neurologia e psicologia. Apenas sete dos profissionais adotaram estratégias como uso de anamnese com os pais, laudo das escolas e o questionário com os critérios do DSM-IV-TR. Apesar de reconhecerem a necessidade de trabalharem com uma equipe multidisciplinar, eles não referiram apoio de outros profissionais em sua prática clínica. O estudo apontou falta de sistematização e de apoio interdisciplinar nos procedimentos por parte dos profissionais da saúde mental para diagnosticar crianças e adolescentes com sinais do TDAH, como sugere a literatura (PEIXOTO; RODRIGUES, 2008). Outro estudo certifica a necessidade da participação de uma equipe multiprofissional, com psicólogos, médicos, psicopedagogos, entre outros, na identificação de problemas de comportamento (LARROCA; DOMINGOS, 2012).

Para Phelan (2005) a avaliação do TDAH frequentemente envolve um levantamento da história do indivíduo no contexto acadêmico, social e familiar. Graeff e Vaz (2008) sugerem a necessidade de uma avaliação neuropsicológica com objetivo de verificar o funcionamento intelectual do indivíduo com TDAH para dar sequência a outros procedimentos. Existem vários instrumentos que usam os critérios do DSM-IV-TR para investigar comportamentos associados aos sintomas do transtorno. O quão completa e minuciosa for a avaliação, menor serão as possibilidades de equívocos no diagnóstico. É preciso um conjunto de instrumentos e uma equipe multidisciplinar para ajudar o profissional que acompanha o caso a traçar uma intervenção apropriada.

Os profissionais da área da saúde mental, da infância e adolescência, frequentemente se deparam com situações clínicas em que o diagnóstico do TDAH deve levar em consideração

outros problemas de comportamento. É preciso investigar déficit cognitivo, transtornos da aprendizagem, transtornos invasivos do desenvolvimento e outros problemas psiquiátricos. Os autores consideram fundamental avaliar a complexidade do TDAH para elaborar uma intervenção terapêutica, suporte educacional e suporte emocional para o indivíduo e seus familiares (SOUZA et al., 2007).

Amaral e Guerreiro (2001) sugeriram uma bateria de instrumentos de avaliação neuropsicológica em dois grupos de crianças entre 7 a 11 anos. O estudo contou com 10 crianças com TDAH e 10 crianças com queixa do transtorno. Para analisar a precisão dos testes, os autores contaram com os instrumentos: questionário abreviado de Conners, anamnese com os pais, WISC-III, Wisconsin, Teste de Cancelamento (TC), Color Trail, Test (CTT) e teste de desempenho escolar. Os resultados apontaram que as crianças com TDAH tiveram desempenho inferior em todos os testes.

Para o diagnóstico do TDAH, a avaliação clínica é considerada um dos recursos fundamentais na identificação do transtorno. No entanto, a avaliação neuropsicológica colabora para observar o desenvolvimento cognitivo, as habilidades atencionais e as funções executivas, podendo ajudar significativamente no processo diagnóstico. Assim, uma avaliação neuropsicológica pode ajudar o clínico a identificar comportamentos associados ao TDAH, problemas cognitivos e outras comorbidades, que devem ser diagnosticadas e tratadas (GRAEFF; VAZ, 2008; ROHDE et al., 2000). Ao lado da avaliação neuropsicológica e clínica, a avaliação comportamental sistematizada pode ampliar o conhecimento sobre as interseções de crianças e adolescentes em diferentes contextos. Por isso, contribui para traçar o perfil do funcionamento das crianças e adolescentes em avaliação, verificando se os relatos de problemas de comportamento podem ser compatíveis com aqueles presentes nos critérios para diagnóstico do TDAH.

3. JUSTIFICATIVA

Uma vez que a caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade depende do relato de pais e/ou professores para identificar a presença de comportamentos compatíveis aos sintomas do TDAH em diversos contextos, faz-se necessário compreender as contribuições dos diferentes informantes nessa avaliação, uma vez que a criança e adolescente com TDAH apresenta prejuízos claros no seu desenvolvimento escolar, familiar, social e emocional. Assim, ressalta-se a importância de múltiplos informantes na caracterização de problemas de comportamento em crianças e adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade/impulsividade, em conjunto com avaliação neuropsicológica e clínica.

Visto a importância de uma avaliação abrangente, pesquisadores ressaltam a necessidade de uma avaliação que inclua informações sucedidas de múltiplos informantes, até mesmo do próprio adolescente, em que pode oferecer uma perspectiva compreensiva sobre a causa da investigação. Ressaltam, também, verificar padrões de concordância entre pais, professores e adolescentes na avaliação dos problemas emocionais e comportamentais das crianças e adolescentes. Além disso, acreditam na possibilidade de discutir as decorrências clínicas das prováveis divergências, convergência e implicações dos relatos que, apesar de estudos anteriores indicarem grau baixo à moderada concordância entre eles, não diminui o valor de sua importância, podendo assim, colaborar no levantamento de diagnóstico preciso e intervenções adequadas (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2010)

A importância desse trabalho está em comparar os dados comportamentais dos adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade, identificado pelos pais/responsáveis, professores e o próprio participante, além de correlacionar seus resultados com o desempenho nos testes neuropsicológicos e na avaliação clínica. Assim, será possível apontar as concordâncias e divergências referentes aos comportamentos analisados das crianças e adolescentes com queixa de TDAH.

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Comparar relatos de múltiplos informantes na caracterização do perfil comportamental de adolescentes com TDAH por meio de inventários respondidos pelos pais/responsáveis, professores e o próprio participante, e associá-lo ao desempenho neuropsicológico.

4.2. Específicos

- Identificar a presença de problemas de comportamento característicos de desatenção, hiperatividade e impulsividade;
- Identificar a presença de outros problemas de como: Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes Problemas Totais, Problema de Atenção, Problemas de Oposição e Desafio, Problemas de Conduta e Ritmo Cognitivo Lento;
- Descrever a concordâncias entre os instrumentos respondidos por múltiplos informantes (pais ou responsáveis, professores e os próprios adolescentes);
- Correlacionar sinais de desatenção e hiperatividade descritos nos instrumentos de relato de pais, professores e do próprio adolescente com o desempenho dos adolescentes nos testes neuropsicológicos.

5. MÉTODO

5.1. Local e Realização do Estudo

Os dados foram coletados na Clínica da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), como parte do protocolo de pesquisa: “Correlações entre avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica e testes computadorizados de atenção para rastreamento de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes”. O projeto foi desenvolvido pelos professores Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira e Dr. José Salomão Schwartzman, do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, para avaliar crianças e adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade.

As crianças e adolescentes, entre 6 a 16 anos de idade, são encaminhados ao protocolo de pesquisa por profissionais que os acompanham na escola ou consultórios clínicos, como professores das escolas públicas e particulares, psicopedagogos e médicos neurologistas, pediatras e psiquiatras. As avaliações neuropsicológica, comportamental e médica são realizadas na clínica psicológica da Universidade Presbiteriana Mackenzie, localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

5.2. Participantes

Participaram desse trabalho vinte (20) adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade na faixa etária de onze a dezesseis anos e seus respectivos pais/responsáveis e professores. Todos os adolescentes foram avaliados pelo protocolo de pesquisa que engloba avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica. Ao final do processo de avaliação, os participantes foram divididos em dois grupos de dez adolescentes (juntamente com seus respectivos pais/responsáveis e professores). Um dos grupos foi composto por adolescentes com diagnóstico de TDAH (Tabela 1) e o outro, (Tabela 2) sem comportamento compatível ao TDAH (grupo controle). Todos os participantes eram estudantes do 5º ano do ensino fundamental ao 1º ano do ensino médio, alunos de escolas públicas e privadas.

5.3. Critério de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão, as crianças e adolescentes precisavam apresentar queixa inicial compatível com problemas de atenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade. Além do cociente de inteligência (QI), medido pela Escala de Inteligência Wechsler para crianças - WISC-III (WECHSLER, 2002), com valores acima de 70 pontos, avaliados pelos 13 subtestes: Informação, Dígitos, Vocabulário, Aritmética, Compreensão, Semelhanças, Completar Figuras, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Código e Labirintos e Procurar Símbolos (CUNHA, 2000).

Como critério de exclusão foram adotados a presença de lesões neurológicas e transtornos psiquiátricos, síndromes genéticas associadas e déficit intelectual, observados nos testes neuropsicológicos ou referidos pelos responsáveis nas entrevistas.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do grupo com diagnóstico de TDAH.

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Escola	Respondente do CBCL	Prevalência de sinais de acordo com DSM	
						Desatenção	Hiperatividade Impulsividade
1	11	M	5ºano	Particular	Mãe	9	8
2	13	M	8ºano	Particular	Mãe	7	4
3	14	M	9ºano	Pública	Mãe	8	1
4	11	M	7ºano	Particular	Mãe	9	2
5	15	F	9ºano	Particular	Mãe	9	6
6	12	M	7ºano	Particular	Mãe	8	8
7	11	F	7ºano	Particular	Mãe	6	5
8	14	M	1ºano EM	Particular	Mãe	6	5
9	13	F	8ºano	Pública	Mãe	5	5
10	15	F	1ºano EM	Particular	Mãe	6	1

EM: Ensino Médio.

Tabela 2: Caracterização dos participantes do grupo controle.

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Escola	Respondente do CBCL	Prevalência de sinais de acordo com DSM	
						Desatenção	Hiperatividade Impulsividade
1	13	M	8ºano	Particular	Mãe	4	2
2	11	F	5ºano	Pública	Mãe	9	7
3	11	F	6ºano	Pública	PAI	9	1
4	11	F	6ºano	Particular	Mãe	6	0
5	12	F	6ºano	Particular	PAI	5	0
6	13	M	7ºano	Pública	Avó	7	5
7	16	F	9ºano	Particular	Mãe	5	0
8	12	M	7ºano	Particular	Mãe	5	6
9	12	F	6ºano	Particular	PAI	3	4
10	11	M	6ºano	Particular	Mãe	6	1

5.4. Aspectos Éticos

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (CEP/UPM nº 1232/04/2010 e CAAE Nº 0039.0.272.000-10). O trabalho foi conduzido com base em princípios éticos, sendo descritos os procedimentos, riscos e garantias por meio de carta de informação aos pais/responsáveis pelos participantes, que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, tendo o direito de cancelar a qualquer momento a participação e retirar seu consentimento. Foram respeitados todos os procedimentos éticos durante o momento da coleta e divulgação dos dados.

5.5. Instrumentos

A escolha dos instrumentos seguiu duas linhas de investigação para o procedimento de avaliação. No primeiro momento foram apresentados os instrumentos para caracterização de padrões de comportamento seguido por três inventários da família ASEBA, são eles: Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18 - Child Behavior Checklist For Ages 6-18), Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18 - Teacher's Report Form for Ages 6-18) e

Inventário de Auto-avaliação para Jovens entre 11 e 18 anos (YSR/11-18 - Youth Self Report - For Ages 11-18). Foram também apresentados os instrumentos para caracterização cognitiva, seguido por três testes: Escala de Inteligência Wechsler para crianças (WISC-III), Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) e Teste de Atenção Concentrada (AC).

5.5.1. Instrumentos para Caracterização do Perfil Comportamental

Os instrumentos de avaliação comportamental oferecem uma abordagem abrangente para avaliar problemas de comportamento e têm por objetivo delinear um perfil dos comportamentos frequentemente emitidos pela criança e pelo adolescente em suas relações sociais, atividades diárias e problemas emocionais. Os instrumentos: Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes 6-18 (CBCL/6-18), preenchido por pai/mãe/responsável, Inventário de autoavaliação para adolescentes de 11-18 (YSR/11-18), preenchido por adolescente e Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes 6-18 (TRF/6-18), preenchido por professor, são inventários que pertencem ao Sistema de Avaliação Baseado em Evidência do Achenbach – ASEBA (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001). É um sistema integrado de avaliação composto por um conjunto de escalas construídas por Thomas M. Achenbach na década de 1960 para averiguar a competência social e problemas de comportamento ocorridos com as crianças e adolescentes nos últimos seis meses (PESCE, 2009). Uma série de estudos de validação dos formulários ASEBA no Brasil foram realizados pelo Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP e Instituto de Psiquiatria da UNIFESP a partir da versão original Inglês 1991 com a permissão do autor Thomas M. Achenbach. Foi traduzida uma versão em Português e retrotraduzida para Inglês. As versões brasileiras dos instrumentos estão em processo de ajustamento cultural e validação no país. Esses estudos oferecem uma versão brasileira padronizada do CBCL/6-18, YSR/11-18 e TRF/6-18, incluindo tradução e adaptação cultural dos questionários originais. Tais ferramentas têm sido frequentemente utilizadas em estudos clínicos (BORDIN et al., 2013). Para usar os inventários com confiança é preciso levar em consideração os procedimentos sugeridos pelos estudos anteriores, ou seja, tradução e adaptação cultural dos instrumentos, testagem da confiabilidade dos instrumentos adaptados, avaliação da validade no novo contexto cultural e normatização com reflexão da distribuição dos escores na população em que vai ser usada (ROCHA, 2012).

A primeira parte do inventário está relacionada ao Perfil da Escala Total de Competências para o CBCL/6-18 e YSR/11-18 e Perfil da Escala do Funcionamento Adaptativo para TRF/6-18, que ambos expõem a competência social e escolar da criança e/ou adolescente ao serem comparados a outros da mesma faixa etária. Algumas perguntas classificam o indivíduo, qualificando-o “abaixo da média”, “na média” ou “acima da média”. Na segunda parte do inventário o pai/mãe/responsável, professor ou adolescente preenche questões atribuindo respostas pensadas nos últimos seis meses. O respondente deve marcar as perguntas com 0 (zero) se o mesmo não é verdadeira, 1 (um) se é um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira, e 2 (dois) se é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).

O tempo necessário para completar os formulários em idade escolar ASEBA varia de acordo com o nível de escolaridade do informante (compreensão das questões) e da gravidade dos problemas de saúde mental infantil (quanto maior o número de sintomas leva mais tempo para preencher o formulário). Em geral a respondente leva entre 10 a 20 minutos para concluir suas observações referente o comportamento da criança ou adolescente (BORDIN et al., 2013).

As respostas dos instrumentos fornecem medidas padronizadas para identificar problemas emocionais, comportamentais e de competências. Os escores obtidos permitem identificar três perfis comportamentais: Escala Total de Competências ou Escala do Funcionamento Adaptativo, Escalas das Síndromes e Escalas Orientadas pelo DSM (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

- Perfil da Escala Total de Competências: Competência em Atividade, Competência Social e Competência Escolar. Esses dados são identificados nos inventários CBCL/6-18 e YSR/11-18 (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).
- Perfil da Escala do Funcionamento Adaptativo: envolve escores referentes à percepção do professor ao desempenho acadêmico do aluno, empenho nas atividades, o quanto ela consegue aprender e o quão feliz ela se sente. Esses dados são identificados no inventário TRF/6-18 (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).
- Perfil das Escalas das Síndromes: Envolve os Problemas de Comportamento Internalizantes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/ Depressão, Queixas Somáticas. Problemas de comportamento Externalizantes: Violação de Regras e Comportamento Agressivo. Problemas Totais: Problemas de comportamento Internalizantes e

Externalizantes, Problemas de Sociabilidade, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção. Esses dados são identificados nos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18 (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).

- Perfil das Escalas Orientadas pelo DSM: Envolve Problemas Afetivos, Problema de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta. Esses dados são identificados nos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18 (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).
- Outras Escalas do Inventário YSR/11-18: Envolve Problema Obsessivo Compulsivo, Problema de Estresse Pós-Traumático e Qualidade Positiva (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).
- Outras Escalas dos Inventários CBCL/6-18, TRF/6-18: Envolve Ritmo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivo-Compulsivo, Problemas de Estresse Pós-Traumático. Esses dados são identificados nos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).

Para avaliar as pontuações brutas do CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18 os dados são convertidos para escores dos pontos ponderados (escores T), que se distribuem em faixas que oscilam entre ausência de problemas (normalidade), problemas limítrofes e problemas considerados clínicos. É possível verificar nas escalas das síndromes de problemas emocionais e comportamentais, e nas escalas que são orientadas pelo DSM, as pontuações ponderadas (escores T) que são distribuídas em: Faixa normal (escores abaixo de 65); Faixa limítrofe: (escores de 65 a 69); Faixa clínica: (escores ≥ 70). Os pontos ponderados obtidos nas escalas de competências são distribuídos da seguinte maneira: Faixa normal (escores ≥ 35); Faixa limítrofe (escores de 30 a 35); Faixa clínica (escores abaixo de 30). (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).

Os inventários são analisados e registrados no programa de computador Assessment Data Manager 7.2 (ADM) - software de pontuação versão sete. Este programa permite a comparação das respostas dos diferentes informantes e a correlação das respostas dos três inventários. Os dados geram perfis comportamentais que podem ser comparados com escores de amostras normativas, em função de idade e sexo (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001). O programa permite o usuário visualizar e imprimir a competência social e os perfis de

comportamento para os três instrumentos separadamente. O programa fornece também gráficos da comparação entre os três informantes (BORDIN et al., 2013).

Uma das diferenças entre os três instrumentos se refere à competência social e aos itens do funcionamento adaptativo. Os pais (CBCL/6-18) e professores (TRF/6-18) são convidados a informar sobre repetência e se a criança ou adolescente é assistido em classe especial ou escola especial. Para os adolescentes (YSR/11-18) são feitas outras perguntas, e solicitados a descrever as suas preocupações em relação à escola. Os professores (TRF/6-18) são convidados a dar informações sobre seu contato com a criança ou adolescente no contexto escolar antes de responderem informações sobre o aluno. Perguntas sobre o número de meses em que estão em contato com o aluno, bem como o tempo de convivência em que passa em sala de aula e também perguntas específicas sobre o funcionamento adaptativo (BORDIN et al., 2013).

Outra diferença refere-se ao perfil comportamental em diferentes contextos, ou seja, os pais/responsáveis, no CBCL/6-18, são convidados a avaliar alguns comportamentos que predominam no ambiente familiar, como, por exemplo, desobediência em casa ou se dorme menos do que a maioria das crianças ou adolescentes. Enquanto os professores, no TRF/6-18, são convidados a avaliar os comportamentos específicos para o ambiente escolar, como, por exemplo, se o aluno perturba outros alunos, se quebra as regras, se tem dificuldade de aprendizagem e se dorme durante a aula (BORDIN et al., 2013). Quanto ao YSR/11-18, o adolescente é convidado a responder questões que envolve diferentes contextos.

A. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (CBCL-6/18) - *Child Behavior Checklist For Ages 6-18*.

O CBCL/6-18 é um dos inventários de comportamento mais mencionados na literatura mundial, foi traduzido para mais de 30 idiomas devido ao seu rigor metodológico com que foi elaborado e por seu valor em pesquisa e utilidade na prática clínica (PESCE, 2009).

O inventário é dividido em perguntas abertas e perguntas fechadas. A primeira parte é composta por sete questões abertas com o intuito de investigar doenças, deficiências, desempenho escolar e relatos das preocupações dos pais sobre seus filhos. O pai/mãe/responsável é convidado a preencher o inventário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho(a). As questões referem-se à competência social, contém três escalas a serem analisadas: primeiro se refere à escala de atividade, avalia a quantidade e qualidade da participação da criança em esportes, hobbies, atividades, jogos, tarefas e

afazeres. A segunda se refere à escala social, avalia a integração e participação da criança em grupos sociais. E a terceira se refere à escala escolar, avalia o desempenho escolar da criança, incluindo situação de recuperação ou repetência e a presença ou ausência de problemas escolares. A segunda parte é composta por 113 perguntas fechadas, na qual o pai/mãe/responsável encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças e adolescentes e será convidado a identificar problemas de comportamento (ACHENBACH; RESCORLA, 2004, 2001).

Ao aplicar o CBCL/6-18 a uma amostra heterogênea, incluindo baixa escolaridade dos pais/responsáveis, os inventários devem ser administrados por entrevistadores treinados e uma cópia do formulário deve ser dada ao entrevistado para que ele/ela possa seguir as perguntas feitas. Auto relato é um método adequado para os informantes que tenham concluído a educação básica. O CBCL/6-18 deve ser respondido pelos pais biológicos ou responsáveis, ou cuidadores que conhecem bem a criança ou adolescente, de preferência que tenham convivido com ele pelo menos nos últimos seis meses (BORDIN et al., 2013).

B. Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 06 e 18 anos (TRF/6-18) - *Teacher's Report Form for Ages 6-18*.

O TRF6/18 é respondido pelo professor. Esse inventário possui os mesmos itens do CBCL/6-18 referentes às escalas das síndromes de problemas de comportamento, escala total de competências e escalas orientadas pelo DSM. Porém, inclui escala do funcionamento adaptativo específico para o contexto escolar. Essa escala avalia o desempenho acadêmico e as características adaptativas do comportamento do aluno a partir do relato do professor (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

Ao administrar o TRF/6-18 no Brasil, o método mais utilizado é a auto administração já que os professores de todas as regiões brasileiras já completaram o primeiro grau. Os entrevistados devem conhecer bem a criança e ou adolescente, de preferência ter contato próximo com o aluno pelo menos nos últimos dois meses (BORDIN et al., 2013).

C. Inventário de Auto-avaliação para Jovens entre 11 e 18 anos (YSR/11-18) - *Youth Self Report - For Ages 11-18*.

O YSR/11-18 é um instrumento de autorrelato aplicado em adolescentes. Nesse inventário, os jovens de 11 a 18 anos reportam sobre suas competências e problemas

emocionais/comportamentais. É um inventário que tem as mesmas características que o CBCL/6-18 e TRF/6-18, no entanto, as perguntas foram organizadas para que o adolescente avalie seu próprio comportamento (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

Rocha (2012) investigou estudos sobre a validação do instrumento em diferentes países, visto a seriedade de se padronizar os procedimentos de avaliação para a cultura na qual vão ser usadas. Seu estudo teve como objetivo validar o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes, versão brasileira do YSR. Contou com uma amostra total de 540 adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental e 2836 adolescentes sem queixas de problemas de comportamento, com idades entre 11 e 18 anos, nativos de quatro regiões brasileiras. Foi calculado o nível socioeconômico dos participantes pelo Critério Brasil. Obteve como resultado adequação do modelo fatorial do instrumento para a população brasileira (RMSEA = 0,032), bons índices de consistência interna e capacidade discriminante das escalas e itens de problemas emocionais comportamentais. Outra avaliação se refere às escalas de competências, os resultados foram menos expressivos, bem como o tipo de escola frequentada, o nível socioeconômico e a região do país. Encontraram diferenças nos escores em função do sexo e idade do adolescente, seguindo o mesmo padrão reproduzido nos referidos estudos internacionais. Observaram que os resultados ratificam a validade e a fidedignidade do instrumento YSR/11-18 para a população brasileira, além de sugerirem normas adequadas para o uso do instrumento no país.

5.5.2. Instrumentos para Caracterização Cognitiva

A. Escala de Inteligência Wechsler para crianças (WISC-III)

A Escala de Inteligência Wechsler para crianças ,WISC-III, é um instrumento clínico, de aplicação individual, para avaliar a capacidade intelectual de crianças e adolescentes de 6 a 16 anos. É composto por 13 subtestes, cada um medindo aspectos diferentes das habilidades verbais e de desempenho executivo, como indicadores de inteligência. É possível observar nos desempenhos das crianças e adolescentes a capacidade de lidar com símbolos abstratos, qualidade da educação formal, estimulação do ambiente, compreensão, memória, fluência verbal, capacidade de integrar estímulos perceptuais e respostas motoras pertinentes, capacidade de trabalhar rapidamente e capacidade de avaliar informações visoespaciais (WECHSLER, 2002).

O desempenho nesses subtestes é resumido em três medidas compostas: Quociente Intelectual Verbal (QIV), Quociente Intelectual de Execução (QIE) e Quociente Intelectual da

escala completa (QIEC), que oferecem estimativas das capacidades intelectuais dos participantes.

O Quadro 2 se refere aos tipos de avaliação e instrumentos, com respectivos aspectos que serão estimados nos subtestes, que permitem calcular o QIV, que incluem os testes: Informação, Vocabulário, Aritmética, Dígitos, Compreensão e Semelhanças (CUNHA, 2000).

Quadro 2: Subtestes que permitem calcular o QIV (CUNHA, 2000).

Subtestes	Principais aspectos analisados
Informação	Conhecimento geral e cultura. Memória de longo prazo. Quantidade de assimilação de experiências. Qualidade da educação formal e motivação para o aproveitamento escolar. Estimulação do ambiente/curiosidade intelectual. Inteligência Cristalizada.
Vocabulário	Desenvolvimento da linguagem. Conhecimento do significado das palavras. Fluência verbal. Compreensão verbal. Memória de longo prazo.
Aritmética	Capacidade de utilizar conceitos numéricos. Capacidade de realizar operações matemáticas mentalmente. Memória auditiva. Atenção sustentada (capacidade de concentração). Raciocínio lógico.
Dígitos	Atenção sustentada (concentração). Memória de curto-prazo verbal/auditiva. Retenção da memória imediata (dígitos na ordem direta). Memória e capacidade de reversibilidade (dígitos na ordem inversa).
Compreensão	Capacidade de senso comum, juízo social, conhecimento prático e maturidade. Conhecimento de normas socioculturais. Capacidade para avaliar a experiência passada. Compreensão verbal, memória e atenção. Pensamento abstrato. Percepção discriminada da realidade externa.
Semelhança	Raciocínio lógico e formação conceitual verbal (pensamento abstrato). Capacidade para extrair relações entre coisas ou ideias. Compreensão. Relações entre conceitos. Três níveis hierárquicos na formação dos conceitos: nível concreto, Laranja e banana as duas têm casca, nível funcional, porque ambas se comem, nível conceitual abstrato, são frutas.

O Quadro 3 se refere aos tipos de avaliação e instrumentos com respectivos aspectos que serão estimados nos subtestes, que avaliam as habilidades do QIE, incluem os testes:

Cubos, Completar Figuras, Arranjo de Figuras, Armar Objetos, Código e Procurar Símbolos (CUNHA, 2000).

Quadro 3: Subtestes que permitem calcular o QIE (CUNHA, 2000).

Subtestes	Principais aspectos analisados
Cubos	Capacidade para formar conceito não-verbal e abstrato (análise do todo em suas partes componentes). Capacidade de análise e síntese. Capacidade de conceituação viso-espacial. Coordenação viso-motora-espacial. Organização e velocidade perceptual. Estratégia de solução de problema.
Completar Figuras	Capacidade para distinguir detalhes essenciais dos não essenciais. Reconhecimento visual sem atividade motora essencial. Memória visual, organização e raciocínio. Memória de longo prazo. Interesse e atenção ao ambiente. Concentração e percepção das relações. Atenção visual seletiva e atenção concentrada.
Arranjos de Figuras	Capacidade para antecipar e compreender sequências causais. Percepção e compreensão de situações sociais. Habilidade de planejamento e sequência temporal e conceitos temporais. Processamento Visual.
Armar objetos	Capacidade de reconhecer configurações familiares (formação de conceitos visuais) e de antecipar relações parte-todo (organização viso-espacial). Capacidade de construir um objeto a partir das suas partes. Processamento visual, velocidade perceptual e manipulativa.
Código	Capacidade de seguir instruções sob pressão de tempo. Atenção sustentada (concentração). Persistência motora numa tarefa sequencial. Coordenação viso-motora. Capacidade de aprender e eficiência mental. Flexibilidade mental. Memória visual de curto prazo.
Procurar Símbolos	Capacidade de discriminação perceptiva e para identificar formas geométricas idênticas. Processamento Visual. Capacidade de seguir instruções sob pressão de tempo. Atenção sustentada (concentração). Persistência motora numa tarefa sequencial.

B. Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)

O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) é um instrumento que foi desenvolvido originalmente em 1948 e usado como uma medida de raciocínio abstrato entre populações típicas adultas. Na atualidade é utilizado na avaliação neuropsicológica de habilidades de raciocínio abstrato e estratégias cognitivas como resposta a alterações em contingências ambientais. É utilizado como uma medida de controle executivo, como planejamento, flexibilidade de pensamento, memória do trabalho, monitorização e inibição de perseverações. O mesmo está adaptado e padronizado para o uso no Brasil (HEATON et al., 2004). O instrumento é composto por dois conjuntos de baralhos idênticos, 64 cartas cada, mais dois conjuntos de 4 cartas-estímulo, um protocolo de registro e um manual. As cartas apresentam figuras que possuem três tipos de configurações: cor, forma e número. As cores podem ser vermelha, azul, amarela ou verde; as formas podem ser de cruces, círculos, triângulos ou estrelas; e os números das figuras podem ser o um, dois, três ou quatro. O participante receberá apenas a informação de que a sua associação está certa ou errada, antes de pegar a próxima carta. O aplicador controla, através do protocolo de registro, as sequências das configurações, sendo a primeira cor, a segunda forma e posteriormente o número. A cada dez respostas consecutivas corretas, referente à primeira categoria “cor”, o aplicador passará a considerar como resposta correta a segunda associação, conforme estipulado pelo protocolo, ou seja, categoria “forma”, e assim por diante até o término das 128 cartas ou das 6 sequências completadas pelo participante, isto é, cor, forma, número, por duas vezes a mesma sequência (CFNCFN). As respostas são avaliadas com fundamento em três dimensões: correta e incorreta, ambígua e não ambígua, perseverativa e não perseverativa (HEATON et al., 2004).

C. Teste de Atenção Concentrada (AC)

O Teste de Atenção Concentrada (AC) avalia a capacidade que uma pessoa tem de selecionar um estímulo dentre muitos e focar sua atenção por um determinado tempo. É considerado um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a atenção concentrada, em um processo de seleção de pessoas, psicodiagnóstico, entre outros. O teste possui um retângulo no alto da folha com três estímulos-modelo a serem identificados nas 21 linhas, cada qual com 21 símbolos. Em cada linha há sete estímulos-alvo a serem assinalados. Sua aplicação pode ocorrer de forma individual ou coletiva. O participante tem 5 minutos para marcar com um risco os símbolos idênticos aos do modelo. Para obter a pontuação final, conta-se o total de

acertos (A) todos os símbolos marcados corretamente, o total de erros (E), figuras que não deveriam ser marcadas, e por último conta-se o total de omissões (O), figuras que deveriam ser marcadas e não foram. Considera-se somente até a última figura marcada no tempo estipulado. Para obter o resultado final, utiliza-se a fórmula $P = A - (E+O)$, no qual P corresponde ao total de pontos (CAMBRAIA, 2003).

5.5.3. Instrumento de Apoio

A. Carta de Informação aos Responsáveis (ANEXO 1): autorização por escrito entregue aos pais/responsáveis, para participar do projeto de pesquisa “Correlações entre avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica e testes computadorizados de atenção para rastreamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes”. Esta carta atribui ao pesquisador o seguimento das questões éticas da pesquisa.

B. Roteiro de Observação em Situação de Avaliação Baseado nos Critérios Diagnósticos para TDAH do DSM-IV (ANEXO 2): ficha em que são solicitados aos observadores a descrição do comportamento da criança e ou adolescente na situação de aplicação dos instrumentos. A ficha foi adaptada segundo os critérios do DSM-IV pelos organizadores responsáveis pelo projeto de pesquisa. No roteiro constam nove perguntas referentes a comportamentos de Desatenção, seis comportamentos Hiperativos e três comportamentos Impulsivos.

C. ANAMNESE (ANEXO 3): com objetivo de investigar a constituição familiar, histórico da queixa, início dos problemas, antecedentes pessoais e familiares, classificação socioeconômica, histórico da gestação e parto, desenvolvimento pós natal e neuropsicomotor, sexualidade - tratamentos já realizados e característica gerais.

5.5. Procedimentos para Coleta de Dados

Os procedimentos para a coleta de todos os instrumentos utilizados neste estudo foram acompanhados pela própria autora e contou com apoio dos colaboradores que fazem parte do núcleo de pesquisa do protocolo de avaliação neuropsicológica e comportamental do PPG-DD, da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Todos os colaboradores eram alunos de

graduação em psicologia ou profissionais da psicologia matriculados em mestrado ou doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento na própria universidade e que foram treinados pelos professores responsáveis pelo projeto e acompanhados pela pesquisadora.

Foi necessário realizar quatro encontros com cada pai/responsável e três com cada adolescente. No primeiro encontro com o pai/responsável, foi explicado o protocolo de pesquisa e coletada e coletada a assinatura da carta de consentimento. Posteriormente, administrou-se a anamnese para saber a queixa e a história de vida do adolescente. O CBCL/6-18 foi explicado e o pesquisador entregou o questionário e manteve uma segunda cópia da instrução: “Agora vou ler para você as questões deste questionário e vou anotar suas respostas”. O pesquisador preencheu os campos, conforme as respostas do entrevistado, referente aos comportamentos do adolescente avaliados por ele no âmbito familiar. Depois disso, entregou o inventário TRF/6-18 para que o professor respondesse de acordo com as observações do comportamento do adolescente no contexto escolar e explicou a importância do profissional preencher todos os campos requisitados pelo inventário. No primeiro encontro com a criança ou adolescente, o aplicador administrou os seis subtestes das escalas WISC-III e o teste de AC. Os encontros foram administrados simultaneamente aos encontros com os pais/responsáveis, os quais ficavam em uma sala separada com outro colaborador.

Segue abaixo o Quadro 4, conforme o andamento das coletas dos dados para o primeiro encontro com os pais/mães/responsáveis e adolescentes.

Quadro 4: Descrição do primeiro encontro com os pais/mães/responsáveis e adolescentes.

Avaliação	Instrumentos
Neuropsicológica Adolescentes	<p data-bbox="395 1480 1050 1514">Aplicação da primeira parte do WISC III <u>Subtestes</u>:</p> <ul data-bbox="443 1563 1404 1709" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1563 1321 1597">• Cubos, Vocabulário, Código, Procurar símbolos, Aritmética e Dígitos; <li data-bbox="443 1603 1074 1637">• Aplicação do teste de Atenção Concentrada(AC); <li data-bbox="443 1644 1404 1709">• Observação Comportamental da criança ou adolescente durante execução dos testes;

Comportamental (Pais/Mães/Responsáveis)	<p>Anamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicação do protocolo e coleta da assinatura da carta de consentimento; • Entrevista de anamnese; • Questionário do DSM-IV-TR específico para TDAH; • Aplicação do inventário CBCL- 6/18 para pais/responsáveis; • Entrega da versão para professores TRF- 6/18;
--	--

No segundo encontro com os pais/mães/responsáveis foi dada continuidade a anamnese, coletou-se o questionário TRF/6-18 preenchido pelo professor. Com os adolescentes foi possível concluir os outros seis subtestes da escala WISC-III e o teste do Wisconsin foi administrado.

Abaixo segue o Quadro 5, conforme o andamento das coletas dos dados para o segundo encontro com os pais/mães/responsáveis e adolescentes.

Quadro 5: Descrição do segundo encontro com o pais/mães/responsáveis e adolescentes.

Avaliação	Instrumentos
Neuropsicológica Adolescentes	<p>Aplicação da segunda parte do WISC III <u>Subtestes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completar figuras, Informação, Semelhança, Arranjo de figuras, Armar objetos e compreensão; • Wisconsin; • Observação Comportamental da criança ou adolescente durante execução dos testes;
Comportamental Pais/Mães/Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de anamnese; Coletar algumas informações pendentes; • Recolher o inventário entregue ao responsável na fase anterior, em sua versão para professores TRF 6/18;

No terceiro encontro com os adolescentes, foi aplicado o inventário YSR-11/18. O pesquisador entregou o questionário e manteve uma segunda cópia, e o próprio adolescente fez a leitura e respondeu conforme sua percepção referente ao seu comportamento. No mesmo dia, os pais/mães/responsáveis e adolescentes passaram pelo neuropediatra, procedimento que faz parte do protocolo de pesquisa.

Abaixo segue o Quadro 6, conforme o andamento das coletas dos dados para o terceiro encontro com os pais/mães/responsáveis e adolescentes.

Quadro 6: Descrição do terceiro encontro com o pai/mães/responsáveis e adolescentes.

Avaliação	Instrumentos
Adolescentes Comportamental e Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicou o inventário YSR-11/16; • Avaliação clínica com Neuropediatra para verificação das queixas de desatenção e hiperatividade;
Pais/Mães/Responsáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica com Neuropediatra para verificar queixas de desatenção e hiperatividade;

O estudo contou com um total de quatro encontros com os pais/mães/responsáveis e três encontros com os adolescentes, com o objetivo de compreender todas as fases necessárias para a coleta dos dados. O processo de avaliação teve duração de aproximadamente 60 a 90 minutos com cada participante e seu respectivo pai/mãe/responsável. No final do processo, foi feita uma devolutiva individual, entregou-se o relatório com os resultados da avaliação para cada pai/mãe/responsável que acompanhou o adolescente.

Abaixo segue o Quadro 7, conforme o andamento das instruções referente o quarto encontro.

Quadro 7: Descrição do quarto encontro com o pais/responsáveis: Devolutiva e encaminhamento.

Avaliação	Instrumentos	Encaminhamento
Devolutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevista devolutiva apresentando os dados, os resultados verificados nos testes neuropsicológicos, avaliação comportamental e clínica. 	<p>Orientações de manejo comportamental e encaminhamento para protocolos de treino de habilidades cognitivas.</p> <p>Encaminhamento para clínica escola Mackenzie e/ou atendimentos especializados.</p>

6. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados das avaliações neuropsicológica e comportamental foram analisados de acordo com sua amostra de padronização.

A análise dos instrumentos do Sistema de Avaliação Baseado em Evidência do Achenbach (ASEBA) foi obtida por meio do programa de computador software ADM 7.2 (*Software Assessment Data Manager*) desenvolvido por Achenbach e Rescorla, (2004) para gerar dados dos perfis de comportamento. Esses perfis permitiram a comparação entre os diferentes instrumentos. Para observar os resultados, foram utilizados os escores padronizados (escores T).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os itens “resultados” e “discussão” serão apresentados conjuntamente para facilitar a compreensão deste estudo. Os resultados serão apresentados por sujeito e grupo para permitir a comparação individual em função das escalas e instrumentos e, após isso, serão apresentados os resultados das ANOVAS, que compara as médias dos resultados em função do grupo. Nas ANOVAS serão considerados como significativos os valores de $p < 0,05$, entretanto valores entre 0,1 e 0,05 serão considerados para análise como valores com tendência significativa, em função do baixo número de participantes e da variabilidade dos grupos. As respectivas discussões de dados serão apresentados de acordo com a ordem a seguir:

- a) Apresentação dos índices de concordância nas respostas fornecidas pelos múltiplos informantes na correlação entre CBCL/6-18 versus TRF/6-18, CBCL/6-18 versus YSR/11-18 e TRF/6-18 versus YSR/11-18, pelo meio dos valores de referência (Q corr), de acordo com o programa ADM versão 7.
- b) Comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais, em função dos grupos e instrumentos. Para essa comparação foi feita apresentação dos resultados individuais e após isso uma análise de variância (ANOVA) com dois fatores (intergrupo e intragrupo) para comparar os resultados dos três instrumentos (fator instrumento) em função dos problemas internalizantes, externalizantes e totais (fator escalas).
- c) Comparação das escalas de Problemas de Atenção e Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade em função dos grupos e instrumentos. Foi feita apresentação dos resultados individuais e após isso uma análise de variância (ANOVA) com dois fatores para comparar os resultados dos três inventários (fator instrumento) em função das escalas de problemas de atenção e de problemas de déficit de atenção e hiperatividade para cada um dos grupos (TDAH e controle).
- d) Comparação das escalas de Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta em função dos grupos e instrumentos. Foi feita apresentação dos resultados individuais e após isso uma análise de variância (ANOVA) com dois fatores para comparar os resultados dos três inventários (fator instrumento) em função das escalas

de Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta para cada um dos grupos (TDAH e controle).

- e) Comparação das escalas de Ritmo Cognitivo Lento em função dos grupos e instrumentos. Foi feita apresentação dos resultados individuais e após isso uma análise de variância (ANOVA) com dois fatores para comparar os resultados dos dois inventários CBCL e TRF (fator instrumento) em função das escalas de Ritmo Cognitivo Lento para cada um dos grupos (TDAH e controle).
- f) Análises dos testes utilizados para caracterização cognitiva, (WISC-III, Wisconsin e AC). Os instrumentos foram corrigidos conforme as instruções dos seus respectivos manuais. Após isso, os dados do WISC-III, Wisconsin e AC foram submetidos às análises de variância (ANOVA), por índice separadamente e, posteriormente, as escalas dos inventários comportamentais foram avaliadas por testes de correção com os índices desses testes.

7.1. Resultados dos Testes Comportamentais

7.1.1. **Concordância Entre os Instrumentos CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18.**

Foram gerados índices de concordância nas respostas fornecidas pelos múltiplos informantes na correlação entre CBCL/6-18 versus TRF/6-18, CBCL/6-18 versus YSR/11-18 e TRF/6-18 versus YSR/11-18, referentes aos comportamentos dos 10 participantes do grupo com diagnóstico do TDAH e dos 10 participantes do grupo controle.

A Tabela 3 apresenta a concordância entre as respostas dos diferentes informantes pelo meio dos valores de referência (Q corr) de acordo com o programa ADM versão 7.2 para o grupo com diagnóstico do TDAH. É possível observar bons índices de concordância. Foram verificados, em apenas dois casos, concordância abaixo da média. O participante 1 apresentou um índice de Q Corr igual a 0.10, no padrão de respostas exposto pelo CBCL/6-18 versus YSR/11-18 e o participante 3 apresentou um índice de Q Corr menor que 0,01 no padrão de respostas entre TRF/6-18 versus YSR/11-18. Portanto, os resultados mostraram concordância média e acima da média para todos os problemas de comportamento apresentados pelos inventários.

Tabela 3: Análise comparativa dos padrões de respostas dos comportamentos dos participantes do grupo com diagnóstico do TDAH: Pais x Professores (CBCL X TRF), Pais x Adolescentes (CBCL X YSR) e Professores x Adolescentes (TRF X YSR).

PARTICIPANTES	CONCORDÂNCIA ENTRE INFORMANTES NO GRUPO TDAH					
	CBCL X TRF		CBCL X YSR		TRF X YSR	
	Q Corr	Classificação	Q Corr	Classificação	Q Corr	Classificação
1	0.50	Acima Média	0.10	Abaixo Média	0.15	Média
2	0.38	Acima Média	0.32	Média	0.24	Média
3	0.44	Acima Média	0.20	Média	<0.01	Abaixo Média
4	0.46	Acima Média	0.49	Acima Média	0.34	Acima Média
5	0.41	Acima Média	0.47	Acima Média	0.25	Média
6	0.41	Acima Média	0.41	Acima Média	0.48	Acima Média
7	0.39	Acima Média	0.42	Acima Média	0.33	Acima Média
8	0.23	Média	0.32	Média	0.32	Acima Média
9	0.20	Média	0.30	Média	0.15	Média
10	0.46	Acima Média	0.40	Média	0.27	Média
REFERÊNCIA PADRÃO		Percentil 25	Média	Percentil 75		
CBCL X TRF		0.09	0.23	0.37		
CBCL X YSR		0.17	0.29	0.40		
TRF X YSR		0.07	0.19	0.30		

A Tabela 4 apresenta a concordância entre as respostas dos diferentes informantes pelo meio dos valores de referência (Q corr) de acordo com o programa ADM versão 7. É possível observar bons índices de concordância para o grupo controle. Foram verificados, em apenas um dos casos concordância abaixo da média. O participante 4 apresentou um índice de Q Corr 0.05 no padrão de respostas exposto pelo CBCL/6-18 versus YSR/11-18. Portanto, os resultados mostraram concordância na média e acima da média para todos os problemas de comportamento apresentado pelos inventários.

Tabela 4: Análise comparativa dos padrões de respostas dos comportamentos dos participantes do grupo controle: Pais x Professores (CBCL X TRF), Pais x Adolescentes (CBCL X YSR) e Professores x Adolescentes (TRF X YSR).

PARTICIPANTES	CONCORDÂNCIA ENTRE INFORMANTES NO GRUPO CONTROLE					
	CBCL X TRF		CBCL X YSR		TRF X YSR	
	Q Corr	Classificação	Q Corr	Classificação	Q Corr	Classificação
1	0.39	Acima Média	0.59	Acima Média	0.28	Média
2	0.33	Média	0.39	Média	0.39	Acima Média
3	0.42	Acima Média	0.47	Acima Média	0.38	Acima Média
4	0.39	Acima Média	0.05	Abaixo Média	0.22	Média
5	0.51	Acima Média	0.55	Acima Média	0.33	Acima Média
6	0.51	Acima Média	0.32	Média	0.31	Acima Média
7	0.24	Média	0.34	Média	0.27	Média
8	0.36	Média	0.29	Média	0.11	Média
9	0.57	Acima Média	0.54	Acima Média	0.58	Acima Média
10	0.54	Acima Média	0.41	Acima Média	0.48	Acima Média

REFERÊNCIA PADRÃO	Percentil 25	Média	Percentil 75
CBCL X TRF	0.09	0.23	0.37
CBCL X YSR	0.17	0.29	0.40
TRF X YSR	0.07	0.19	0.30

Os resultados mostraram concordância significativa entre os múltiplos informantes para os dois grupos estudados. Foi possível observar, de modo geral, concordância acima da média e dentro da média para as respostas entre os instrumentos CBCL x TRF, CBCL x YSR e TRF x YSR, na identificação de problemas de comportamento. Estes dados diferem de outro estudo que aponta baixa a moderada concordância nas respostas dos múltiplos informantes, para investigar problemas de comportamento. Algumas vezes, os comportamentos podem não ser classificados como problemáticos para o pai/responsável, mas pode aparecer no contexto escolar e o professor identificá-lo como um problema a ser investigado (SALBACH-ANDRAE, LENZ E LEHMKUHL, 2009). De modo geral, considera-se importante obter informações de mais de um informante quando o objetivo é identificar adolescentes com problemas emocionais e/ou comportamentais (BORDIN et. al., 2013).

7.1.2. Comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais em função dos grupos e instrumentos.

A Tabela 5 refere-se à comparação dos múltiplos informantes relacionados aos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais de modo individual, por participante. Os escores obtidos permitem identificar características dos perfis comportamentais avaliados por múltiplos informantes.

Os Problemas Internalizantes estão relacionados aos comportamentos de ansiedade/depressão, isolamento/depressão e queixas somáticas. Os Problemas Externalizantes se referem aos comportamentos de quebrar regras e comportamentos agressivos. Os Problemas Totais estão relacionados a somatória dos Problemas internalizantes e externalizantes, além dos Problemas sociais, Problemas com o pensamento e Problemas de atenção (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

Foi possível observar a comparação dos diferentes informantes no grupo com diagnóstico do TDAH. Para os Problemas Internalizantes, o CBCL/6-18 pontuou em cinco dos casos (participantes 1, 4, 7, 8 e 10) comportamentos dentro da faixa clínica e em dois casos (participantes 3 e 6) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Já o TRF/6-18 indicou somente um caso (participante 7) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11, pontuou quatro casos (participantes 1, 2, 4 e 9) com comportamentos dentro da faixa limítrofe.

Quanto às respostas para os Problemas Externalizantes, foram indicados quatro casos (participantes 5, 6, 8 e 9) pelo CBCL/6-18 com comportamentos dentro da faixa clínica e em três casos (participantes 1, 7 e 10) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Já o TRF/6-18 indicou somente um caso (participante 10) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11 pontuou um caso (participante 9) com comportamentos dentro da faixa limítrofe.

Nas respostas relacionadas aos Problemas Totais, foram observados quanto ao CBCL/6-18 em sete dos casos (participantes 1, 5, 6, 7, 8, 9 e 10) comportamentos dentro da faixa clínica. Já o TRF/6-18 indicou somente um caso (participante 10) com comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11 pontuou um caso (participante 9) comportamentos dentro da faixa clínica e um outro caso (participante 2) dentro da faixa limítrofe.

Tabela 5: Descrição dos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo com diagnóstico do TDAH.

PARTICIPANTES	GRUPO TDAH								
	Problemas Internalizantes			Problemas Externalizantes			Problemas Totais		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	71 C	55 N	66 L	67 L	59 N	37 N	74 C	62 N	55 N
2	55 N	60 N	67 L	51 N	42 N	61 N	62 N	54 N	67 L
3	69 L	58 N	50 N	51 N	52 N	51 N	62 N	53 N	49 N
4	70 C	59 N	65 L	48 N	51 N	53 N	62 N	57 N	61 N
5	56 N	57 N	58 N	70 C	59 N	56 N	70 C	61 N	59 N
6	69 L	58 N	56 N	72 C	61 N	57 N	75 C	62 N	57 N
7	77 C	65 L	57 N	66 L	58 N	49 N	75 C	64 N	57 N
8	72 C	52 N	54 N	70 C	49 N	51 N	79 C	51 N	51 N
9	60 N	46 N	68 L	74 C	43 N	66 L	73 C	55 N	74 C
10	77 C	64 N	55 N	66 L	67 L	48 N	70 C	67 L	50 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe: (escores de 65 a 69); C: Clínica: (escores \geq 70).

A Tabela 6 refere-se à comparação dos múltiplos informantes relacionados aos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais do grupo Controle.

Para os Problemas Internalizantes, o CBCL/6-18 pontuou em três casos (participantes 5, 9 e 10) comportamentos dentro da faixa clínica e dois casos (participantes 2 e 9) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Já o TRF/6-18 indicou cinco casos (participantes 4, 7, 8, 9 e 10) comportamentos dentro da faixa clínica e apenas um caso (participante 2) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11 pontuou três casos (participantes 8, 9 e 10) com comportamentos dentro da faixa limítrofe.

Nas respostas para os Problemas Externalizantes, foram indicados dois casos (participantes 2, e 8) pelo CBCL/6-18 com comportamentos dentro da faixa clínica. Já o TRF/6-18 indicou dois casos (participantes 2 e 8) com comportamentos dentro da faixa clínica e um caso (participante 7) com comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11, pontuou um caso (participante 2) com comportamentos dentro da faixa clínica.

Quanto às respostas relacionadas aos Problemas Totais, o CBCL/6-18 pontuou em dois dos casos (participantes 2 e 8) comportamentos dentro da faixa clínica e em dois outros casos (participantes 5 e 9) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Já o TRF/6-18 indicou três casos (participantes 2, 4 e 8) com comportamentos dentro da faixa clínica e três casos (participantes 7, 9 e 10) com comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às

respostas do YSR/11, pontuou-se um caso (participante 2) com 5 comportamentos dentro da faixa clínica e um outro caso (participante 8), dentro da faixa limítrofe.

Tabela 6: Descrição dos Problemas Internalizantes, Externalizantes e Problemas Totais em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR para o grupo Controle.

PARTICIPANTES	GRUPO CONTROLE								
	Problemas Internalizantes			Problemas Externalizantes			Problemas Totais		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	40 N	39 N	46 N	56 N	58 N	56 N	54 N	56 N	53 N
2	66 L	68 L	61 N	72 C	73 C	77 C	74 C	76 C	72 C
3	56 N	58 N	40 N	44 N	55 N	40 N	53 N	62 N	38 N
4	61 N	82 C	49 N	53 N	64 N	40 N	59 N	73 C	49 N
5	70 C	63 N	59 N	60 N	51 N	52 N	67 L	62 N	55 N
6	54 N	45 N	51 N	59 N	40 N	49 N	60 N	48 N	52 N
7	53 N	73 C	62 N	59 N	65 L	61 N	61 N	67 L	62 N
8	66 L	76 C	69 L	77 C	73 C	57 N	75 C	75 C	66 L
9	73 C	73 C	66 L	54 N	56 N	46 N	68 L	67 L	62 N
10	74 C	80 C	66 L	46 N	60 N	51 N	60 N	69 L	62 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe: (escores de 65 a 69); C: Clínica: (escores \geq 70).

Para comparação das médias entre os grupos foi feita uma análise de variância com três fatores para comparar os resultados do CBCL, TRF e YSR (fator instrumento) em função dos problemas internalizantes, externalizantes e totais (fator escalas) para cada um dos grupos (fator grupo: TDAH e Controle). Como cada um desses instrumentos se refere ao mesmo sujeito, eles foram considerados como medidas repetidas. Como resultado (Tabela 7) verificou-se diferenças estatisticamente significativas para o fator escalas ($F(2, 36)=7,6755$, $p=,00167$), como pode ser visto no Gráfico 1, e para o fator instrumento ($F(2, 36)=7,5102$, $p=,00188$), como pode ser visto no Gráfico 2.

Tabela 7: Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas de Problemas (Internalizantes; Externalizantes e Totais).

Efeito	F	P
Grupo (TDAH e Controle)	0,001	0,972
Escala de Problemas (Internalizantes; Externalizantes e Totais)	7,675	0,002*
Escala de Problemas * Grupo	0,006	0,994
Instrumento (CBCL; TRF e YSR)	7,510	0,002*
Instrumento * Grupo	5,825	0,006*
Escala de Problemas * Instrumento	0,758	0,556
Escala de Problemas * Instrumento * Grupo	0,497	0,738

Assim, verificou-se inicialmente no Gráfico 1 que os problemas internalizantes ($61,5 \pm 1,7$) tiveram resultados mais expressivos que os externalizantes ($56,8 \pm 1,6$). Muitas vezes adolescentes com TDAH são caracterizados por sinais de desatenção que podem estar associados às dificuldades emocionais de isolamento e depressão, característicos de problemas internalizantes. Interessante verificar que esses valores foram maiores que os problemas externalizantes (BEDRIYE ÖNCÜ et al., 2004).

Esses dados podem estar associados aos problemas levantados no início da avaliação, tanto o grupo com diagnóstico de TDAH, quanto o grupo controle, apresentaram mais queixas de desatenção do que hiperatividade/impulsividade segundo os critérios do DSM-IV-TR, reportado por seus pais/responsáveis.

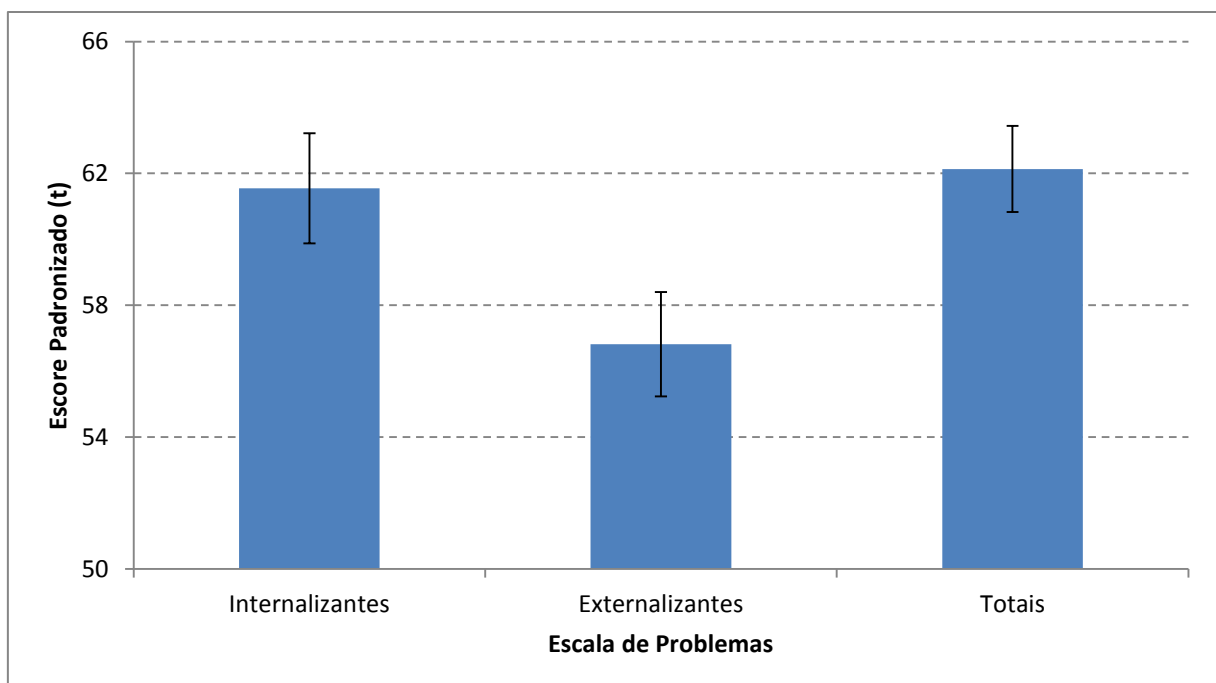


Gráfico 1: Escore padronizado (T) em função das escalas de problemas (Internalizantes; Externalizantes e Totais), para os grupos estudados (TDAH e Controle).

Este estudo fornece indícios de que as crianças e adolescentes com problemas de desatenção podem estar mais sensíveis aos problemas internalizantes, sendo esses: Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão e problema de atenção. Esses problemas de comportamento nem sempre são percebidos pelos professores em sala de aula, uma vez que os dados desse trabalho também apresentam diferenças significativas entre os relatos de pais e professores. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores de Erol et Al., 2008 e Bedriye Öncü et al., 2004 que apontam uma correlação significativa entre os escores para Isolamento social, problemas de atenção, problemas internalizantes, entre adolescentes com TDAH. O estudo de Bedriye Öncü et al., 2004 sugere que quanto mais cedo for identificado o TDAH em crianças e for submetido a tratamento, pode impedir o surgimento de problemas internalizantes mais elevados na fase da adolescência (BEDRIYE ÖNCÜ et al., 2004).

Erol e colaboradores (2008) apontam que a prevalência de pontuações de problemas de desatenção pode na verdade variar de acordo com idade e sexo. A este respeito, o que se correlaciona como Problemas Internalizantes podem associar aos problemas de atenção, esses sendo, por sua vez, mais frequentes entre adolescentes do sexo feminino. Estes dados colaboram para compreender os resultados aqui encontrados, uma vez que os participantes são adolescentes e tem um número expressivo de meninas.

Por outro lado, muitos estudos indicam que Problemas Externalizantes são mais fáceis de serem observados pelos pais e professores, ou seja, são problemas de comportamento visíveis ao ambiente, como os de quebrar regras e agressividade. De modo geral, parece ser consenso na literatura que as avaliações dos problemas externalizantes, têm melhores índices de correlação entre informantes de que os problemas internalizantes (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2010; LYRA et al., 2009). Contudo, no presente estudo os problemas externalizantes apareceram também, porém com menor frequência de relato e gravidade que os problemas internalizantes.

Foi observado também no Gráfico 2, que a incidência de problemas referidos no CBCL pelos pais ($63,9 \pm 1,5$) como informantes foi mais expressiva do que o que foi referido no TRF por professores ($60,2 \pm 1,8$) ou mesmo no YSR pelo próprio adolescente ($56,3 \pm 1,7$). Esses resultados corroboram dados da literatura que verificam que os pais informam maior incidência de problemas em comparação aos professores e ao próprio adolescente. O estudo

de Martinez, Carter e Legato (2011) aponta que os pais como informantes identificam mais problemas de comportamento do que a própria criança e/ou adolescente como respondente. Os dados apontaram que o relato dos pais teve efeito significativo e moderado ($d = -0,51$, $z = -9,05$, $p < 0,001$), enquanto o autorrelato teve efeito significativo, porém pequeno ($d = -0,34$, $z = -5,60$, $p < 0,001$). Já os professores e colegas como informantes apresentaram efeitos apenas moderados. De modo geral, os relatos de pais são frequentemente os mais expressivos para verificar problemas de comportamento em crianças e adolescentes.

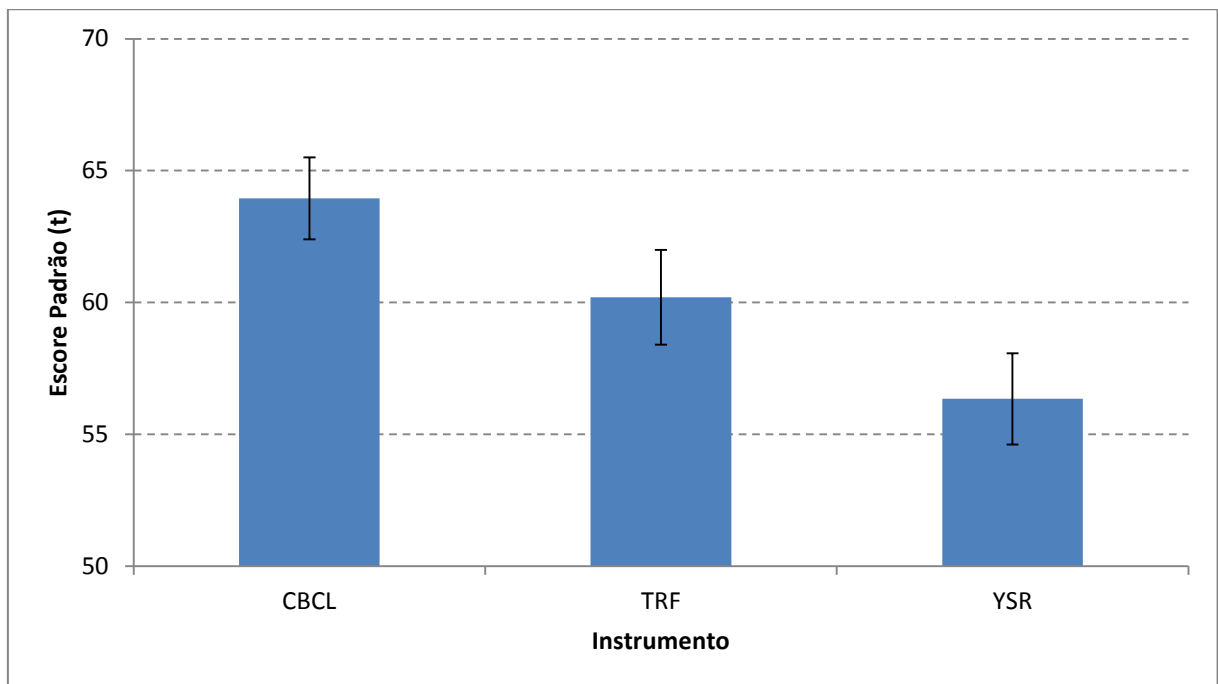


Gráfico 2: Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as escalas de problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais, dos grupos estudados (TDAH e Controle).

Observa-se, também, em outros estudos baixa a moderada concordância entre as respostas dos inventários CBCL, TRF e YSR para investigar problemas de comportamento internalizantes e externalizantes de crianças e adolescentes (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2010). Além disso, tanto os levantamentos do TRF quanto do CBCL foram fatores prognósticos relevantes para identificar problemas internalizantes e externalizantes em adolescentes. Quanto aos levantamentos das observações do YSR para problemas internalizantes, os resultados não foram tão relevantes (MARTINEZ, CARTER; LEGATO, 2011; SALBACH-ANDRAE; LENZ; LEHMKUHL, 2009).

Em nosso estudo, embora não tenha sido observada diferença significativa para o fator Grupo ($p=0,972$), houve uma interação significativa ($F(2, 36)=5,8248$, $p=,00643$) de dois

fatores (Instrumento x Grupo), demonstrando, como pode ser visto na Gráfico 3, que a referência aos problemas descritos por pais e professores diferem em relação ao grupo (TDAH e controle). No grupo TDAH, os pais relatam mais problemas que os professores, e no grupo controle os professores é que relatam um número significativamente maior de problemas.

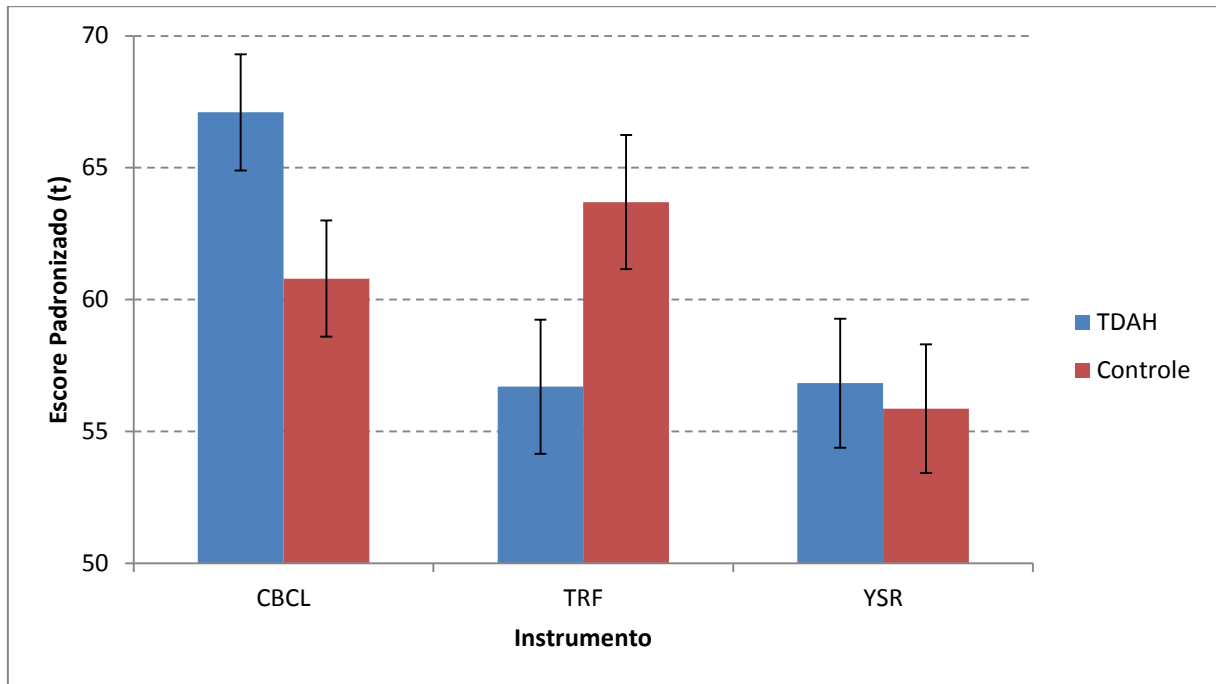


Gráfico 3: Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as escalas de problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais dos grupos estudados (TDAH e Controle).

A avaliação de problemas de comportamento associados ao TDAH observados por professores e pais/responsáveis revela características específicas que refletem a maneira como cada um dos informantes compreende os comportamentos de criança e adolescente.

Recente pesquisa apresentou dados de um estudo longitudinal para avaliar problemas de comportamento de crianças e adolescentes na escola. Os resultados mostraram uma diferença entre o percentual de TDAH na faixa limítrofe e clínica, como relatado por pais e pelos professores. As mães relataram mais problemas de comportamentos em seus filhos do que os professores (13,3% contra 9,2%). Segundo os autores, os pais são mais propensos a reconhecer os sintomas de TDAH em meninas, porque eles comparam as suas filhas com outras meninas (muitas vezes sem sintomas de TDAH). Já os professores, por outro lado, comparam meninas com TDAH com meninos com TDAH (PIRES; SILVA; ASSIS, 2013).

Apesar dos professores serem os primeiros a identificar problemas de comportamentos em crianças e adolescentes, nem sempre esses profissionais conhecem o TDAH. Estudo de Carreiro e colaboradores (2007) verificou em um grupo de professores de ensino fundamental de escola particular e pública na cidade de São Paulo, uma carência de informações a respeito do transtorno, bem como a falta de métodos ou estratégias específicas direcionadas aos alunos no processo educacional. Em outro estudo, Carreiro e colaboradores (2010) observaram que professores desconhecem o transtorno e que, muitas vezes, a falta de comunicação dos profissionais com familiares dificulta o trabalho com os alunos com TDAH.

Sendo assim, esses estudos colaboram para os dados levantados neste trabalho, no qual os professores reportaram mais problemas de comportamentos do que os pais de crianças e adolescentes que não foram diagnosticados com o TDAH (Grupo controle), enquanto relatam menos problemas de comportamento do que os pais no grupo diagnosticado com TDAH.

7.1.3. Comparação das escalas de Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade em função dos grupos e instrumentos

As Tabelas 8 e 9 mostram comparações das respostas associadas aos Problemas de Atenção (escala das síndromes) e Problemas de TDAH (escala orientada pelo DSM), em função dos comportamentos apontados pelos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18, dos participantes individualmente, que fazem parte do grupo com TDAH e do grupo controle.

Os Problemas de Atenção estão relacionados aos comportamentos como encontrar dificuldades para concluir coisas que começa, para se concentrar, prestar atenção por muito tempo, se mostra confuso (a), desorganizado (a), nervoso (a) e tenso (a). Encontra dificuldade para aprender, se mostra apático (a), desmotivado (a), apresenta dificuldades na escola, tira notas baixas, trabalhos desorganizados, distrai-se facilmente a estímulos alheios a tarefa, fica com o olhar parado olhando o vazio, geralmente não conseguem cumprir as tarefas que são dadas. Os Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade se referem aos comportamentos como dificuldade de parar sentado (a), não para quieto (a), se mostra impulsivo ou age sem pensar, barulhento demais e falar demais (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

Para os Problemas de Atenção é possível observar na Tabela 8, em cinco casos (participantes 1, 4, 7, 8 e 10), pontuações dentro da faixa clínica e em dois outros casos (participantes 3 e 6) pontuações dentro da faixa limítrofe indicadas pelo CBCL/6-18. Para as repostas do TRF/6-18 apenas dois casos (participantes 7 e 10) indicaram comportamentos na

faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11-18, elas apontaram três casos (participantes 1, 2 e 4) com comportamentos dentro da faixa limítrofe.

Para os Problemas de déficit de atenção e hiperatividade, as respostas indicadas pelo CBCL/6-18 pontuaram cinco casos (participante 5, 6, 8,9 e 10) com comportamentos dentro da faixa clínica, e dois outros casos (participantes 1 e 7), com escores dentro da faixa limítrofe. O TRF/6-18 pontuou todos os participantes com escores dentro da faixa normal. O YSR/11-18 identificou em apenas um dos casos (participante 9) comportamentos na faixa limítrofe.

Tabela 8. Descrição dos escores T dos Problemas de Atenção e dos Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR para o grupo com diagnóstico do TDAH.

PARTICIPANTES	GRUPO TDAH					
	Problemas de Atenção			Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	71 C	55 N	66 L	67 L	59 N	37 N
2	55 N	60 N	67 L	51 N	42 N	61 N
3	69 L	58 N	50 N	51 N	52 N	51 N
4	70 C	59 N	65 L	48 N	51 N	53 N
5	56 N	57 N	58 N	70 C	59 N	56 N
6	69 L	58 N	56 N	72 C	61 N	57 N
7	77 C	65 L	57 N	66 L	58 N	49 N
8	72 C	52 N	54 N	70 C	49 N	51 N
9	60 N	46 N	68 L	74 C	43 N	66 L
10	80 C	68 L	60 N	70 C	63 N	54 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe: (escores de 65 a 69); C: Clínica: (escores \geq 70).

Na Tabela 9, o CBCL/6-18 pontuou em dois casos (participantes 5 e 9) comportamentos dentro da faixa clínica e outros dois (participantes 2 e 8) com comportamentos dentro da faixa limítrofe para Problemas de Atenção. Já o TRF/6-18 indicou três casos (participantes 4, 7, e 8) comportamentos dentro da faixa clínica e para dois outros casos (participantes 2 e 9) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Com relação às respostas do YSR/11, pontuou em dois casos (participantes 9 e 10) comportamentos dentro da faixa clínica, e para apenas um dos casos (participante 8) pontuações na faixa limítrofe.

Ainda na Tabela 9, quanto aos Problemas de TDAH, o CBCL/6-18 indicou dois casos (participantes 2 e 8) com comportamentos dentro da faixa clínica e um dos casos (participante 9) com comportamentos dentro da faixa limítrofe. As respostas do TRF/6-18 indicaram comportamentos na faixa clínica para dois casos (participantes 2 e 8) e comportamento dentro

da faixa limítrofe em apenas um dos casos (participante 7). Em apenas um dos casos (participante 2) foi pontuado na faixa clínica pelo YSR/11-18.

Tabela 9: Descrição dos escores T dos Problemas de Atenção e dos Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo controle.

PARTICIPANTES	GRUPO CONTROLE					
	Problemas de Atenção			Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	40 N	39 N	46 N	56 N	58 N	56 N
2	66 L	68 L	61 N	72 C	73 C	77 C
3	56 N	58 N	40 N	44 N	55 N	40 N
4	61 N	82 C	49 N	53 N	64 N	40 N
5	70 C	63 N	59 N	60 N	51 N	52 N
6	54 N	45 N	51 N	59 N	40 N	49 N
7	53 N	73 C	62 N	59 N	65 L	61 N
8	66 L	76 C	69 L	77 C	73 C	57 N
9	70 C	67 L	73 C	66 L	64 N	63 N
10	61 N	59 N	73 C	58 N	56 N	60 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe (escores de 65 a 69); C: Clínica (escores \geq 70).

Para comparação das médias entre os grupos, foi feita uma análise de variância com três fatores para comparar os resultados do CBCL, TRF e YSR (fator instrumento), em função das escalas de problemas de atenção e de problemas de déficit de atenção e hiperatividade para cada um dos grupos (TDAH e controle). Como cada um desses instrumentos se refere ao mesmo sujeito, eles foram considerados como medidas repetidas. Como resultado (Tabela 10) verificou-se diferenças próximas a valores estatisticamente significativas para o fator escalas ($F(1, 18)=3,9990$, $p=,06085$), como pode ser visto no Gráfico 4, e para o fator instrumento ($F(2, 36)=4,4872$, $p=,01820$), como pode ser visto no Gráfico 5.

Tabela 10: Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas (Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade).

Efeito	F	P
Grupo (TDAH x Controle)	0,025	0,875
Escala (Problemas de atenção e Problemas de déficit de atenção e hiperatividade)	3,999	0,061
Escala * Grupo	0,970	0,338
Instrumento (CBCL; TRF e YSR)	4,487	0,018*
Instrumento * Grupo	4,774	0,014*
Escala * Instrumento	0,926	0,405
Escala * Instrumento*Grupo	0,236	0,791

Observou-se, então, que a escala de problemas de atenção (Gráfico 4) tem valores mais altos ($61,3 \pm 1,6$) em comparação com a escala de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade ($58,0 \pm 1,5$). Tal diferença pode estar relacionada ao fato da amostra ser composta mais por adolescentes com queixa de desatenção do que com queixa de hiperatividade/impulsividade, e por esse fato ter maior incidência na primeira escala que na segunda.

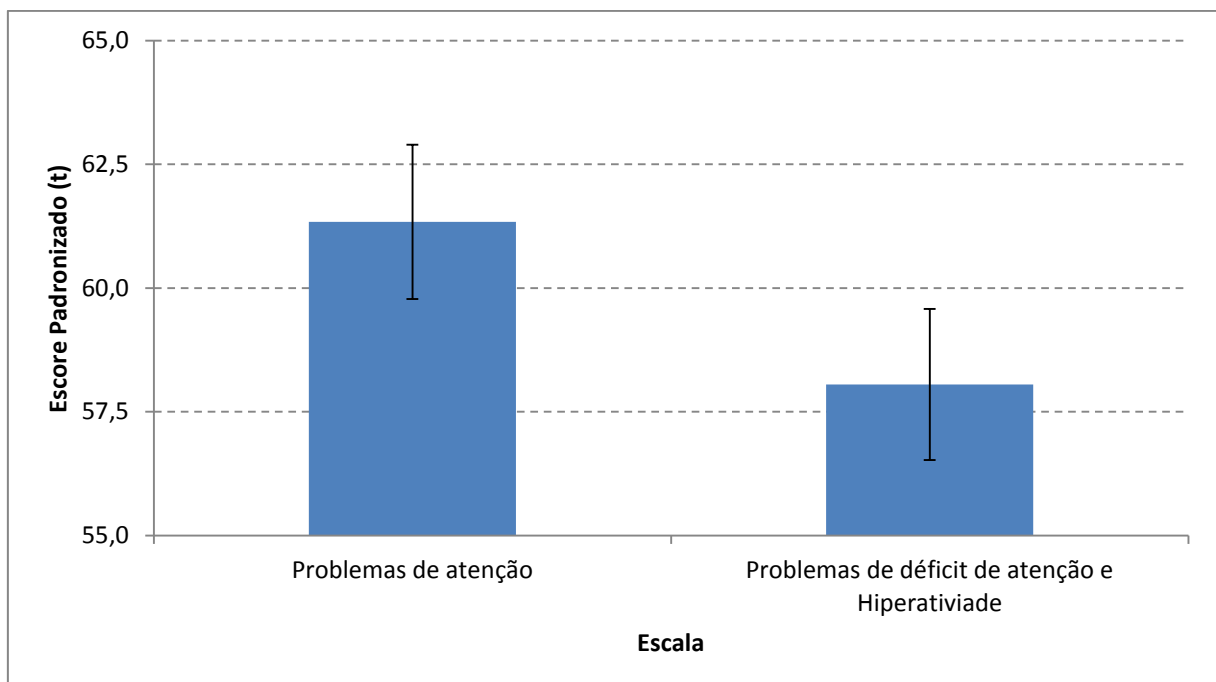


Gráfico 4: Escore padronizado (T) em função das Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade, para os grupos estudados (TDAH e Controle).

Do mesmo modo que na análise dos problemas internalizantes, externalizantes e totais, observou-se que a incidência de problemas de atenção e problemas de déficit de atenção e hiperatividade (Gráfico 5), referidos no CBCL pelos pais/ responsáveis como informantes ($62,9 \pm 1,7$), foi mais expressiva do que o que é referido no TRF por professores ($59,0 \pm 1,8$), seguidos do YSR pelo próprio adolescente ($57,1 \pm 1,8$).

Esses resultados corroboram dados da literatura que verificam que os pais informam maior incidência de problemas em comparação a professores e o próprio adolescente. A importância dos relatos entre informantes contribuindo para revelar comportamentos restritos a seu ambiente de origem. O estudo de Coutinho e colaboradores (2008) aponta que a correlação entre relatos de pais e professores é apenas modesta. Tais pesquisadores investigaram concordância entre relatos de pais e professores de uma amostra clínica de crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH. Os relatos de pais e professores, frente aos sintomas de desatenção, mostraram razoável taxa de concordância que, por outro lado, revelaram-se baixas para os sintomas de hiperatividade. O estudo apontou que os pais mencionam mais problemas de comportamentos de desatenção e hiperatividade comparados aos relatos de professores.

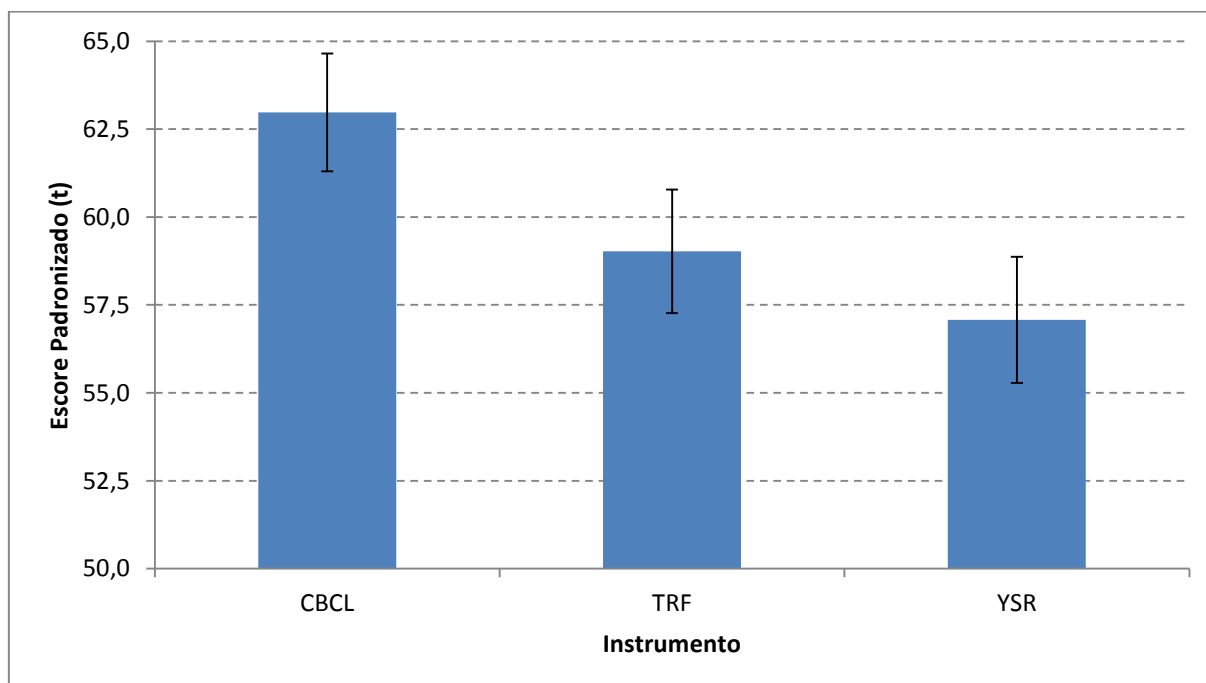


Gráfico 5: Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade dos grupos estudados (TDAH e Controle).

Em nosso estudo, embora não tenha sido observada diferença significativa para o fator Grupo ($p=0,875$), verificou-se uma interação significativa ($F(2, 36)=4,7740$, $p=,01449$) de dois fatores (Instrumento x Grupo), demonstrando, como pode ser visto na Gráfico 6, que os relatos de problemas descritos por pais e professores diferem em relação ao grupo (TDAH e controle). No grupo TDAH os pais relatam mais problemas que os professores e no grupo controle os professores são os que relatam um número significativamente maior de problemas.

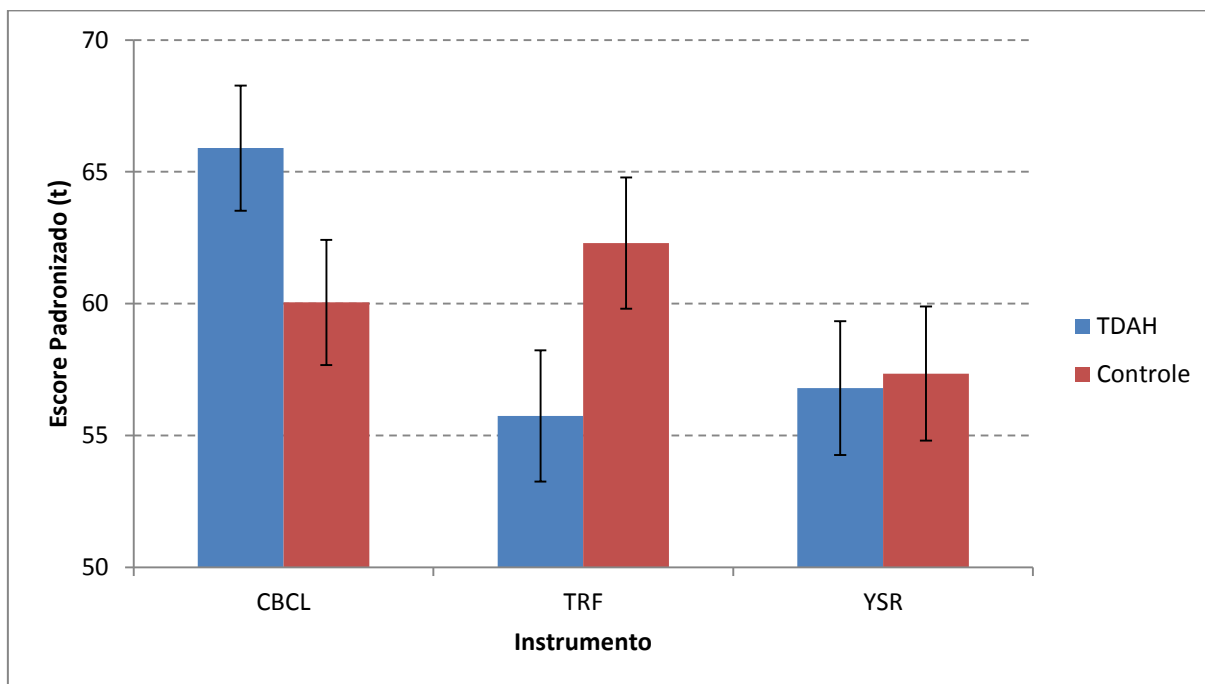


Gráfico 6: Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL, TRF e YSR) para as Escala de Problemas de atenção e de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade dos grupos estudados (TDAH e Controle).

De maneira geral, a importância dos relatos entre informantes contribui para revelar comportamentos restritos a seu ambiente de origem. O estudo aponta que a correlação entre relatos de pais e professores é apenas modesta (COUTINHO et al., 2008). Isso confirma que crianças e adolescentes com TDAH muitas vezes apresentam comportamentos diferentes, de acordo com o ambiente em questão. Alguns adolescentes dentro de situação controlada as vezes conseguem se comportar de maneira esperada pelos avaliadores, professores e médicos, o que sugere que relatos de pais acerca de comportamento na escola podem ser pouco precisos, no entanto, colaboram com o diagnóstico (COUTINHO et al., 2008; PHELAN, 2005). No ambiente escolar os professores podem verificar, de maneira mais acurada, a ocorrência de outros problemas mais restritos a estas contingências específicas. Observa-se

neste estudo que os professores do grupo controle identificaram mais problemas de desatenção e problemas de déficit de atenção e hiperatividade que professores do grupo com TDAH. Pode-se pensar que esses resultados estão associados ao fato de que os participantes inicialmente vieram ao núcleo de pesquisa com queixa de TDAH, e, no entanto, não receberam o diagnóstico do transtorno.

7.1.4. Comparação das escalas de Problemas de oposição e desafio e problemas de conduta em função dos grupos e instrumentos

O TDAH geralmente vem acompanhado de outros problemas, ou seja, comorbidades. Na Tabela 11 e na Tabela 12 observou-se a concordância entre os múltiplos informantes para os Problemas de oposição e desafio e problemas de Conduta, do grupo com diagnóstico de TDAH e do grupo controle.

Os Problemas Opositores Desafiantes são comportamentos como discutir muito, ser respondão/respondona, ser desobediente na escola, ser teimoso (a), ser mal humorado (a) e ser muito preocupado (a). Os Problemas de Conduta representam atitudes como ser cruel com animais ou pessoas, intimidar ou fazer maldade com outros, destruir coisas de sua família ou de outros, não se sentir culpado depois de se comportar mal, desrespeitar as regras em casa, na escola ou em outros lugares, meter-se em muitas brigas, andar em más companhias, mentir ou enganar os outros, atacar fisicamente as pessoas, xingar, falar palavrões, ameaçar as pessoas e matar aula (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

A Tabela 11 mostra a comparação dos diferentes informantes com relação aos Problemas Opositores Desafiantes e de Conduta em função dos relatos, através dos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18, dos participantes que fazem parte do grupo com diagnóstico do TDAH.

Para os Problemas Opositores Desafiantes é possível observar respostas indicadas pelo CBCL/6-18 em somente um caso (participante 9) comportamento dentro da faixa clínica, e em outros cinco casos, (participantes 5, 6,7, 8, e 10) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as repostas do TRF/6-18, em apenas um caso (participante 10) indicou comportamentos na faixa clínica. Com relação às respostas do YSR/11-18, pontuou em dois casos (participantes 5 e 9) comportamentos na faixa limítrofe.

Para os Problemas de Conduta, as respostas indicadas pelo CBCL/6-18 pontuaram dois casos (participantes 8 e 9) com comportamentos dentro da faixa clínica, e dois outros casos

(participantes 5 e 6) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as respostas do TRF/6-18, todos os participantes foram indicados com comportamentos dentro da faixa normal. O YSR/11-18 pontuou um dos casos (participante 9) comportamentos na faixa limítrofe.

Tabela 11: Descrição dos escores T dos Comportamentos Opositores Desafiantes e Problemas de Conduta em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR para o grupo com diagnóstico do TDAH.

PARTICIPANTES	GRUPO TDAH					
	Problemas de Oposição e Desafio			Problemas de Conduta		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	58 N	50 N	50 N	57 N	57 N	50 N
2	52 N	50 N	61 N	51 N	50 N	58 N
3	55 N	50 N	56 N	50 N	56 N	51 N
4	51 N	50 N	51 N	50 N	50 N	55 N
5	69 L	50 N	65 L	68 L	50 N	56 N
6	69 L	54 N	56 N	67 L	58 N	58 N
7	67 L	50 N	52 N	63 N	50 N	50 N
8	66 L	50 N	53 N	70 C	53 N	51 N
9	75 C	50 N	69 L	71 C	50 N	67 L
10	69 L	77 C	55 N	59 N	64 N	50 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe (escores de 65 a 69); C: Clínica (escores \geq 70).

A Tabela 12 mostra comparação dos diferentes informantes, com relação aos Problemas Opositores Desafiantes e de Conduta, em função dos relatos através dos inventários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18, dos participantes que fazem parte do grupo controle.

Para os Problemas Opositores Desafiantes é possível observar respostas indicadas pelo CBCL/6-18, somente um caso (participante 8) comportamento dentro da faixa clínica, e em um outro caso (participante 1) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as repostas do TRF/6-18, em apenas dois casos (participantes 2 e 8) indicou comportamentos na faixa clínica. Com relação às respostas do YSR/11-18, pontuou em dois casos (participantes 1 e 2) comportamentos na faixa clínica e um dos casos (participante, 7) comportamentos na faixa limítrofe.

Para os Problemas de Conduta, as respostas indicadas pelo CBCL/6-18 pontuaram dois casos (participantes 2 e 8) com comportamentos dentro da faixa clínica, e um outro caso (participante 6) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as respostas do TRF/6-18 pontuou em dois casos (participantes 2 e 8) comportamentos na faixa clínica. O YSR/11-18 apontou em apenas um dos casos (participante 2) comportamentos na faixa clínica.

Tabela 12: Descrição dos escores T dos Comportamentos Opositores Desafiantes e Problemas de Conduta em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR para o grupo controle.

PARTICIPANTES	GRUPO CONTROLE					
	Problemas de Oposição e Desafio			Problemas de Conduta		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	66 L	54 N	70 C	53 N	56 N	51 N
2	63 N	73 C	73 C	72 C	72 C	76 C
3	51 N	50 N	52 N	50 N	55 N	50 N
4	51 N	56 N	50 N	63 N	50 N	50 N
5	63 N	50 N	52 N	59 N	50 N	53 N
6	51 N	50 N	51 N	65 L	50 N	51 N
7	52 N	63 N	65 L	59 N	64 N	59 N
8	75 C	72 C	53 N	71 C	70 C	52 N
9	51 N	50 N	50 N	50 N	56 N	50 N
10	51 N	58 N	53 N	50 N	52 N	52 N

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe (escores de 65 a 69); C: Clínica (escores \geq 70).

Para comparação das médias entre os grupos, foi feita uma análise de variância com três fatores para comparar os resultados do CBCL, TRF e YSR (fator instrumento) em função das escalas de Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta para cada um dos grupos (TDAH e controle). Como cada um desses instrumentos refere-se ao mesmo sujeito, eles foram considerados como medidas repetidas.

Como resultado (Tabela 13) não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nem para o fator Grupo, nem para o fator Escala. Verificou-se uma diferença limítrofe (com valor abaixo de 0,1) para o fator instrumento ($p < 0,091$) no qual o CBCL tem valores maiores ($60,1 \pm 1,7$) em comparação com os outros dois instrumentos, sendo o TRF ($55,5 \pm 1,7$) e o YSR ($56,9 \pm 1,8$).

Tabela 13: Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos e das Escalas (Problemas de Opositores Desafiantes e Problemas de Conduta).

Efeito	F	P
Grupo (TDAH x Controle)	0,157	0,697
Escala de Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta	2,801	0,111
Escala * Grupo	0,095	0,762
Instrumento (CBCL; TRF e YSR)	2,563	0,091
Instrumento * Grupo	1,895	0,165
Escala * Instrumento	2,159	0,130
Escala * Instrumento * Grupo	1,583	0,219

7.1.5. Comparação das escalas de Ritmo Cognitivo Lento em função dos grupos e instrumentos

O Ritmo Cognitivo Lento (RCL) está relacionado a um distúrbio do desenvolvimento e alguns estudos tem associado com o TDAH subtipo predominantemente desatento (CAPDEVILA-BROPHY; ARTIGAS-PALLARÉS; OBIOLS-LLANDRICH, 2006; MCBURNETT; PFIFFNER; FRICK, 2001).

Na Tabela 14 observou-se a concordância entre os múltiplos informantes para a Escala Ritmo Cognitivo Lento do grupo com diagnóstico de TDAH e do grupo controle. Ritmo Cognitivo Lento está associado a características como: mostrar-se confuso, desorientado, vive no mundo da lua ou perde-se em seus pensamentos, pode também se mostrar apático ou desmotivado, olhar parado, olhando o vazio, pouco ativo e movimentos lentos (ACHENBACH; RESCORLA, 2004; 2001).

A Tabela 14 mostra a comparação dos diferentes informantes com relação ao Ritmo Cognitivo Lento em função dos relatos através dos inventários CBCL/6-18 e TRF/6-18 (o YSR/11-18 não expressa essa escala), dos participantes que fazem parte do grupo com diagnóstico do TDAH e do grupo controle. Para o grupo com TDAH é possível observar respostas indicadas pelo CBCL/6-18 em seis casos (participantes 1, 4, 5, 7, 8 e 10) comportamento dentro da faixa clínica, e em outros três casos (participantes 2, 3 e 6) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as repostas do TRF/6-18, em apenas dois casos (participante 7 e 10) indicou comportamentos na faixa clínica, e em outros dois casos (participantes 2 e 9) comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para o grupo controle, as respostas indicadas pelo CBCL/6-18 pontuaram cinco casos (participantes 2, 3, 5, 8 e 9) com comportamentos dentro da faixa limítrofe. Para as respostas do TRF/6-18 pontuou três casos (participantes 2, 4 e 5) comportamentos na faixa clínica, e em outros três casos (participantes 3, 9 e 10) comportamentos dentro da faixa limítrofe.

Tabela 14: Descrição dos escores T das Escala Ritmo Cognitivo Lento em função dos relatos do CBCL, TRF e YSR, para o grupo TDAH e grupo controle.

PARTICIPANTES	Escala Ritmo Cognitivo Lento					
	Grupo TDAH			Grupo Controle		
	CBCL	TRF	YSR	CBCL	TRF	YSR
1	73C	58N		50N	50N	
2	65L	67L		67L	73C	
3	65L	51N	Não há essa escala	67L	69L	Não há essa escala
4	73C	63N		56N	73C	
5	70C	62N		66L	73C	
6	65L	57N		60N	50N	
7	75C	75C		61N	62N	
8	73C	62N		69L	54N	
9	61N	66L		66L	69L	
10	70C	73C		56N	68L	

N: Normal (escores abaixo de 65); L: Limítrofe (escores de 65 a 69); C: Clínica (escores ≥ 70).

Para comparação das médias entre os grupos, foi feita uma análise de variância com dois fatores para comparar os resultados do CBCL, TRF (fator instrumento) em função dos grupos (fator grupo: TDAH e Controle). Como cada um desses instrumentos refere-se ao mesmo sujeito, eles foram considerados como medidas repetidas.

Tabela 15: Resultados da ANOVA para comparação dos grupos estudados em função dos instrumentos para Escala (Ritmo Cognitivo Lento).

Efeito	F	P
Grupo (TDAH x Controle)	1,612	0,220
Instrumento (CBCL e TRF)	0,755	0,396
Instrumento * Grupo	4,326	0,052

Como resultado (Tabela 15), verificou-se uma interação significativa ($F(1, 18)=4,3257$ $p=,05211$) dos fatores instrumento e grupo e os relatos dos pais para esse tipo de problema foi muito maior para o grupo com TDAH ($69,0 \pm 1,7$) em comparação ao grupo controle ($61,8 \pm 1,7$). Esses resultados podem ser vistos no Gráfico 7.

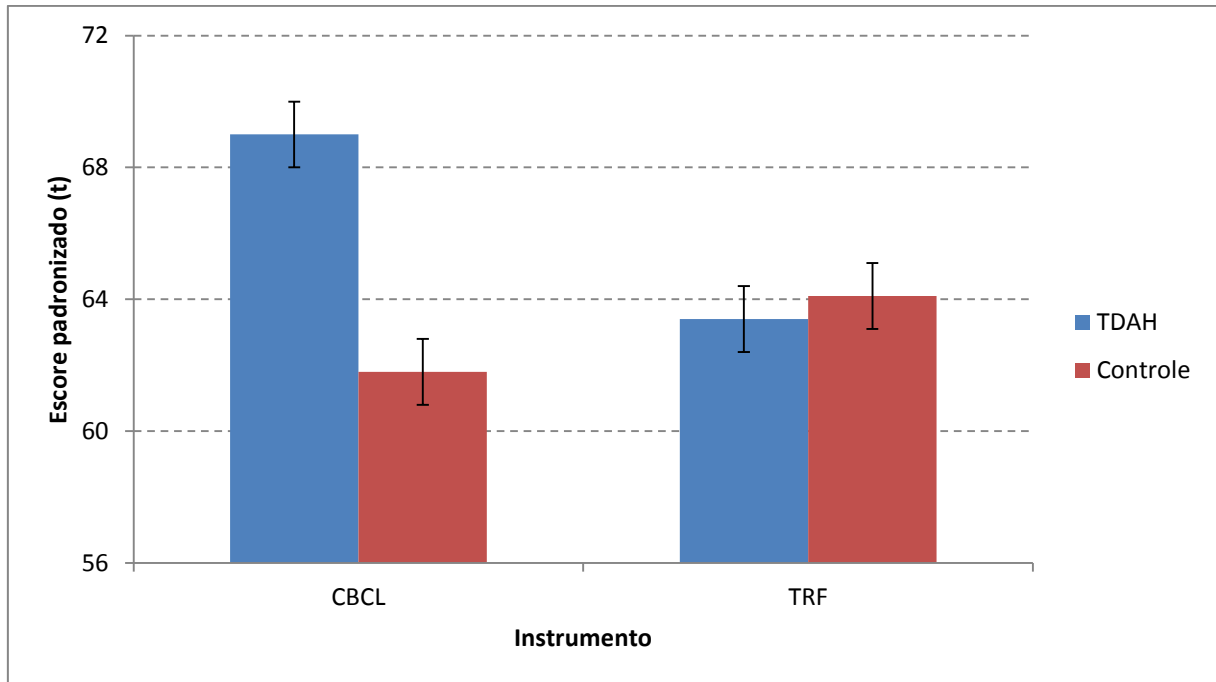


Gráfico 7: Escore padronizado (T) em função dos diferentes instrumentos de avaliação comportamental (CBCL e TRF) para a Escala Ritmo Cognitivo Lento, dos grupos estudados (TDAH e Controle).

Essa escala no relato dos professores não difere significativamente e os pais verificam maior incidência dos problemas descritos nessa escala para o grupo com TDAH. Esses resultados estão de acordo com alguns estudos que identificam que pais relatam mais problemas de comportamento que professores (COUTINHO et al., 2008).

Foi possível também observar que os resultados pontuaram escores dentro da faixa clínica e limítrofe para o grupo com TDAH. Esses resultados estão de acordo com outros trabalhos que apontam que o ritmo cognitivo lento-RCL pode estar associado ao TDAH com subtipo predominantemente desatento (CAPDEVILA-BROPHY; ARTIGAS-PALLARÉS; OBIOLS-LLANDRICH, 2006; MCBURNETT; PFIFFNER; FRICK, 2001). No estudo de Capdevila-Brophy; Artigas-Pallarés e Obiols-Llandrich (2006) observa-se, por meio do CBCL/6-18, uma pontuação elevada para problemas internalizantes em crianças e adolescentes com TDAH com predisposição para ansiedade / depressão e problemas sociais. O estudo sugere que indivíduos com RCL, de modo geral, apresentam altos escores nessas escalas, o que pode estar associado a déficits na memória de trabalho e funções executivas, dificultando a capacidade de organizar-se, planejar e monitorar, características que classicamente associadas ao padrão cognitivo de crianças e adolescentes com TDAH.

7.2. Resultados dos Testes Neuropsicológicos

Foram feitas ANOVAS para comparar os resultados nos diferentes índices dos testes neuropsicológicos, entretanto, não foram observadas diferenças significativas entre esses índices. Também não foram observadas correlações entre os testes neuropsicológicos e os indicadores comportamentais de problemas de comportamento nos diferentes instrumentos. Essa ausência de resultados significativos pode ser devido a um viés da amostra utilizada nesse estudo, uma vez que o grupo controle foi aquele que não teve um diagnóstico positivo para TDAH, mas que apresentou queixas comportamentais ligadas a sinais de desatenção e hiperatividade. Outros trabalhos da literatura Mariani (2013) apresentaram diferenças em indicadores neuropsicológicos quando são comparadas crianças com diagnóstico e grupo controle sem queixa.

Por outro lado, o fato de não se obter diferenças estatísticas entre os grupos para testes neuropsicológicos não invalida o seu uso no estabelecimento de um perfil para identificar prejuízos com relação à atenção. Assim, os testes neuropsicológicos têm contribuições importantes no estabelecimento de um perfil juntamente com os instrumentos comportamentais de relato, como o CBCL, TRF e YSR.

A seguir serão apresentados os resultados dos testes em função dos escores/índices para os diferentes grupos (TDAH e controle). No Gráfico 8, podem ser vistos os índices avaliados no caso do WISC-III (QI Verbal, QI de Execução e QI Total), além dos índices específicos: Índice de compreensão verbal (CO), Índice de Organização perceptual (OP), índice de Velocidade de processamento (VP) e Índice de resistência à distração (RD). Apesar de o grupo controle ter valores absolutos um pouco mais baixos que os do grupo TDAH, eles não são estatisticamente significativos e estão, em sua grande maioria, dentro da faixa média e média superior.

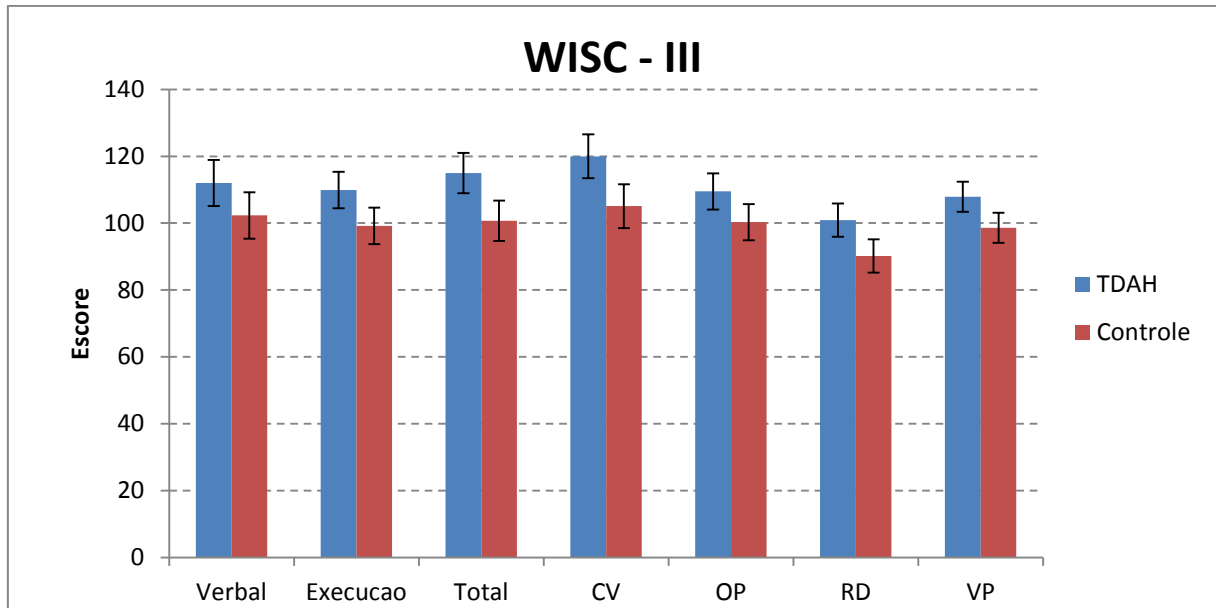


Gráfico 8: Resultados dos testes do WISC III em função dos escores/índices avaliados no QI verbal, QI execução, QI total e índices específicos CV, OP, RD,VP, para os grupos estudados (TDAH e controle).

No caso do teste AC, foram comparados os índices de acertos, erros, omissões e pontos. Também não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para qualquer desses índices.

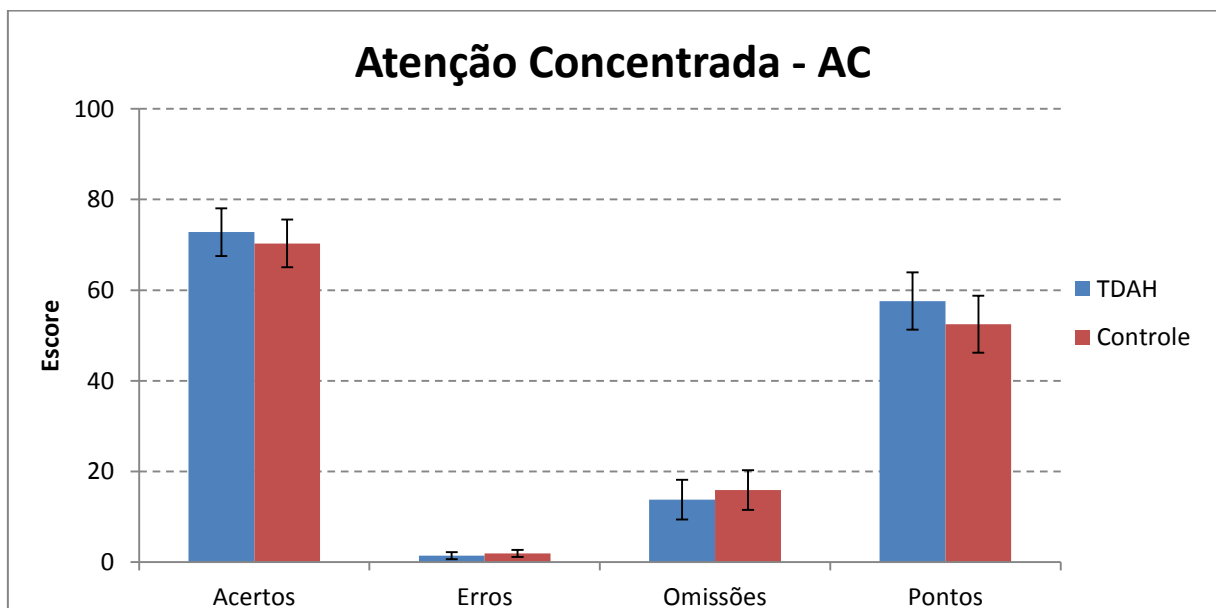


Gráfico 9: Resultados do teste atenção concentrada-AC em função dos índices avaliados Acertos, Erros, Omissões e Pontos, para os grupos estudados (TDAH e controle).

No caso do teste Wisconsin, foram comparados os índices: Número de ensaios administrados (No de ensaios), Total de respostas corretas (Total correto), Total de erros, Número de respostas perseverativas (Resp. persev.), Número de erros perseverativos (Err. persev.), Número de erros não-perseverativos (Err. não persev.), Respostas de nível conceitual (Resp. nível conceitual) - que são todos aqueles acertos em sequencia de três ou mais - Número de ensaios para completar a 1ª categoria (Ensaio 1ª cat.) e Fracasso em manter o contexto, que são todas as vezes que, após 5 acertos ou mais, há mudança de categoria mesmo quando esta era ainda indicada como correta. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para qualquer desses índices.

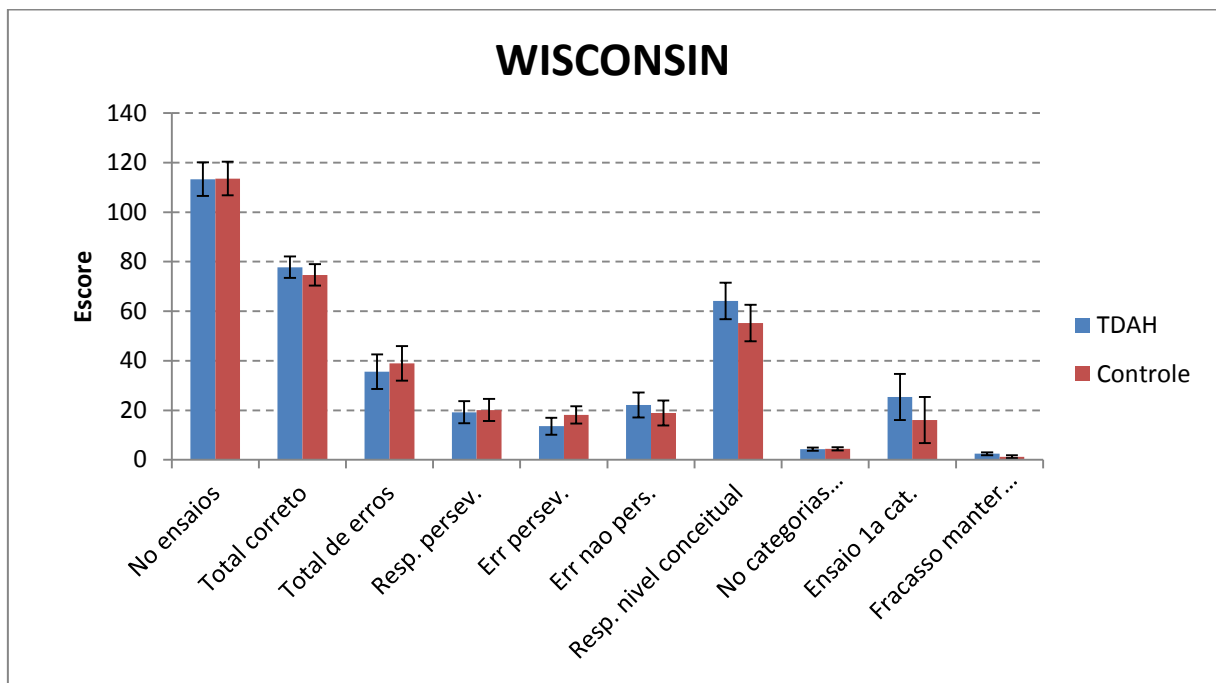


Gráfico 10: Resultados do teste Wisconsin em função dos índices: Número de ensaios, Total correto, Total de erros, Respostas perseverativas, Erros perseverativos, Erros não-perseverativos, Respostas de nível conceitual, Número de categorias completadas, Ensaio para completar a primeira categoria e Fracasso em manter o contexto, para os grupos estudados (TDAH e controle).

As contribuições das diferentes formas de avaliação (tanto comportamental quanto cognitiva) ajudam na composição de um perfil de avaliação que auxilia na compreensão de áreas de funcionamento cognitivo preservado e/ou comprometido, além de compreender as discrepâncias em termos de excessos ou déficits comportamentais.

No caso específico do TDAH, muitas vezes padrões cognitivos podem ser divergentes das avaliações comportamentais. Isso pode ocorrer em função de primeiro avaliar

potencialidades em situações controladas e a segunda avaliar interações sociais e ambientais que dependem dessas potencialidades, mas que muitas vezes não são expressas de forma satisfatória nessa interação, muitas vezes por falta de repertório comportamental que não foi aprendido ou que não foi treinado.

Apropriando-se dessa discussão e aplicando-a a questão do TDAH, Kozio e Stevens (2012) descrevem que esse transtorno refere-se a um diagnóstico definido comportamentalmente e que, mesmo a avaliação neuropsicológica tendo contribuído para a compreensão da neuroanatomia funcional do TDAH, ela deve ser utilizada com critério em processos de avaliação clínica. Entretanto, para tais autores, a descrição desse perfil pode auxiliar em procedimentos de intervenção educacional, por exemplo. Além disso, eles descrevem, também, que a combinação de abordagens que combinam o conhecimento sobre redes neurais de conectividade funcional a testagem no contexto clínico pode auxiliar na caracterização neuropsicológica dos diferentes tipos de TDAH.

Por outro lado, Gualtieri e Johnson (2005) descrevem que o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e que a avaliação dos relatos subjetivos dos comportamentos percebidos deve ser sistemática. Além disso, tais autores descrevem que a proposição de coleta de dados objetivos também pode contribuir para o diagnóstico clínico do TDAH e que, por exemplo, o uso de tecnologia em avaliação cognitiva computadorizada pode gerar dados objetivos de modo eficaz para compor esse procedimento de avaliação. Além disso, eles ressaltam também a importância do uso de escalas preenchidas por pais e professores, exclusão de diagnósticos alternativos e uso de testagem.

Assim, este trabalho vai ao encontro de outros trabalhos da literatura que apontam a necessidade de compor procedimentos de avaliação de pessoas com queixas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, com diferentes instrumentos de relato por múltiplos informantes, além de outros procedimentos como observação direta ou testagem neuropsicológica para estabelecimento de um perfil cognitivo como auxiliar ao processo de avaliação. Além disso, as discrepâncias e/ou discordâncias podem ser vistas como positivas para compreender o funcionamento do participante, seja em diferentes ambientes (como relatado pelos múltiplos informantes) ou pelo estabelecimento do perfil cognitivo com suas possibilidades ou limitações.

8. CONCLUSÕES

A partir dos resultados observados e das discussões apresentadas é possível concluir com esse trabalho que:

1. Nos relatos de diferentes informantes registrados por meio do CBCL, TRF e YSR é possível observar bons índices de concordância por meio dos valores de referência (Q corr), de acordo com o programa ADM versão 7, tanto para o grupo com diagnóstico do TDAH, quanto para o grupo controle. Na comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais em função dos grupos e instrumentos, verificou-se que houve relato de maior frequência de problemas internalizantes que os externalizantes, que pode estar relacionado ao fato da amostra desse trabalho contar com adolescentes com mais queixas de desatenção que hiperatividade/impulsividade.
2. Na comparação das escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes e Totais em função dos grupos e instrumentos, tanto as escalas de Problemas de atenção quanto de Problemas de déficit de atenção e hiperatividade, observou-se no grupo TDAH que os pais relataram mais problemas que os professores e no grupo controle os professores relatam um número significativamente maior de problemas. É possível pensar que esses resultados podem estar associados ao fato de que os participantes inicialmente vieram ao núcleo de pesquisa com queixa de TDAH, no entanto, não receberam o diagnóstico do transtorno.
3. Na comparação das escalas de Problemas de oposição e desafio e problemas de conduta, em função dos grupos e instrumentos, foi observada maior incidência de relatos na faixa limítrofe ou clínica nos problemas de oposição e desafio que nos problemas de conduta e especialmente no CBCL. Esse resultado pode estar relacionado ao fato do transtorno de oposição e desafio ser uma comorbidade recorrente em quadros de TDAH.
4. Na comparação das escalas de Ritmo Cognitivo Lento em função dos grupos e instrumentos, verificou-se que os pais percebem mais alterações nos comportamentos constituintes dessa escala que professores. Tal fato pode ter relação com a verificação de que essa escala reflita comportamentos

característicos do subtipo predominantemente desatento, mais frequente na amostra desse trabalho.

5. Também não foram observadas correlações entre os testes neuropsicológicos e os indicadores comportamentais de problemas de comportamento nos diferentes instrumentos. Essa ausência de resultados significativos pode ser devido a um viés da amostra utilizada nesse estudo, uma vez que o grupo controle foi aquele que não teve um diagnóstico positivo para TDAH, mas que apresentou queixas comportamentais ligadas a sinais de desatenção e hiperatividade.
6. O fato de não se obter diferenças estatísticas entre os grupos para testes neuropsicológicos não invalida o seu uso no estabelecimento de um perfil para identificar prejuízos com relação à atenção. Assim, os testes neuropsicológicos têm contribuições importantes no estabelecimento de um perfil, juntamente com os instrumentos comportamentais de relato, como o CBCL, TRF e YSR.
7. Esse trabalho reforça outros trabalhos da literatura que apontam a necessidade de compor procedimentos de avaliação de pessoas com queixas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, com diferentes instrumentos de relato por múltiplos informantes, além de outros procedimentos como observação direta ou testagem neuropsicológica para estabelecimento de um perfil cognitivo, como auxiliar ao processo de avaliação.
8. As discrepâncias e/ou discordâncias podem ser vistas como positivas para compreender o funcionamento do participante, seja em diferentes ambientes (como relatado pelos múltiplos informantes), ou pelo estabelecimento do perfil cognitivo com suas possibilidades ou limitações.

Como limitações do estudo, que podem ser consideradas na continuidade deste ou em outros estudos futuros, pode-se descrever o número baixo de participantes (10 em cada grupo), o grupo controle que foi constituído por participantes que ao final do protocolo não possuíam diagnóstico de TDAH, mesmo tendo relatos de queixas. A constituição de outro grupo controle, com adolescentes sem queixas de dificuldades atencionais ou com hiperatividade/impulsividade, poderá auxiliar no estabelecimento de diferenças dentro do perfil cognitivo.

9. REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L. A., **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles**. Burlington, V.T: University of Vermont, Department of Psychiatry, 2001.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Mental Health practitioners guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)** (4ed). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2004.
- ACHENBACH, T. M.; MCCONAUGHY, S. H.; HOWELL, C. T. **Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of crossinformant correlations for situational specificity**. *Psychological Bulletin*, v. 101, p. 213–232, 1987.
- ALLOWAY, T. P.; GATHERCOLE, S. E.; HOLMES, J.; PLACE, M.; ELLIOTT, J.G.; HILTON, K. **The diagnostic utility of behavioral checklists in identifying children with ADHD and children with working memory deficits**. *Child Psychiatry Hum Dev*, v. 40, n. 3, p. 353-66, 2009.
- AMARAL, A. H.; GUERREIRO, M. M., **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico**. *Revista Neuropsiquiatria*. São Paulo. v.59, n.4, p. 884-888, ago. 2001.
- ANDRADE, A. C.; FLORES-MENDOZA, C. **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional? Estudo de psicologia**. *Minas Gerais*. v.15, n.1, p. 17-24, abril.2010.
- ANDRADE, C. R. M.; SILVA, W. A. P.; BELIZÁRIO FILHO, J. F.; SILVEIRA, J. C. C. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) estudo de revisão**. *Revista de Medicina*, Minas Gerais, v. 21, n. 4, p. 455-464, 2011.
- APA - American Psychiatric Association. **DSM – IV – TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4. Ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO, M. V. **Manejo comportamental pelo professor no contexto de sala de aula de alunos identificados com TDAH: desenvolvimento, implementação e avaliação de guia de intervenção**. 236 p. Tese (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento) do Programa de Pós-Graduação da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2012.
- AZEVEDO, P. V. B. **Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá: Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade, Federal de Goiás, 2008. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/doutorado/trabalhos-doutorado/doutorado-paulo-verlaine>. Acesso em: 15 maio 2013.
- BARKLEY, R. A. **Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD**. *Psychological Bulletin*, p. 121, 65-94, 1997.
- BARKLEY, R. A. **Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. *Revista Artmed*, Porto Alegre, 2002.

BARKLEY, R. A. et al. **Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH):** manual para diagnóstico e tratamento. Revista Artmed, Porto Alegre, 2008.

BARKLEY, R. A. **Sluggish Cognitive Tempo (Concentration Deficit Disorder?): Current Status, Future Directions, and a Plea to Change the Name.** J Abnorm Child Psychol, New York, 2013.

BARON, I. S. **Executive Function.** In: ____BARON, I.S. Neuropsychological evaluation of the child. New York: Oxford University Press, 2004

BEDRIYE Ö.; ÖZGÜR Ö.; PINAR Ö.; NEÖE E.; AYL A.; SAYNUR C. **Symptoms Defined by Parents' and Teachers' Ratings in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Changes With Age.** Can J Psychiatry, v. 49, p. 487-491, 2004.

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade:** atualização diagnóstica e terapêutica. Um guia de orientação para profissionais. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2002.

BIEDERMAN, J. **Attention-deficit hyperactivity disorder: A selective overview.** Biological Psychiatry, v.57, p. 1215-1220, 2005.

BORDIN, I. A.; ROCHA, M. M.; PAULA, C. S.; TEIXEIRA, M. C. T.; ACHENBACH, T. M. ; RESCORLA, L. A. ; SILVARES, E. F. **Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF):** an overview of the development of the original and Brazilian versions. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 1, p. 13-28, 2013.

BOLFER, C. P. M. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas e da atenção em crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH),** 2009. Cristiana Pacheco Martini Bolfer- São Paulo. Dissertação (Mestrado em Neurologia) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 2009.

BRYAN, K. WHISHAW, I. Q. **Neurociência do comportamento.** Editora Manole, 2002.

CALIMAN, L. V. **O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção.** Psicologia em Estudo, v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008.

CALIMAN, L. V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”.** Psicologia & Sociedade, v.21, n.1, p. 135-144, 2009.

CALIMAN, L. V. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH.** Psicologia Ciência Profissão, v.30, n.1, p. 46-61, 2010.

CAMBRAIA, S. V. **Teste A C.** Revista Vetor, São Paulo: 2003.

CAPDEVILA-BROPHY, C.; ARTIGAS-PALLARÉS, J.; OBIOLS-LLANDRICH, J. E. **Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica?** . Rev. Neurol. v.42, n.2, p. 127-134, 2006.

CAPOVILLA, A. G. S.; ASSEF, E C. dos S.; COZZA, H. F. P. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade.** Aval. psicol. v.6, n.1, p. 51-60, 2007.

CARREIRO, L. R. R.; TEIXEIRA, V. C. T. V.; SCHWARTZMAN, J. S. **Correlações entre avaliações neuropsicológica, comportamental e clínica e testes computadorizados de atenção para rastreamento de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes.** Relatório Pesquisa, Fundo Mackenzie de Pesquisa (Mackpesquisa), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, p. 67, 2011.

CARREIRO, L. R. R.; HADDAD JR., H.; BALDO, M. V. C. **Effects of intensity and positional predictability of a visual stimulus on simple reaction time.** Neuroscience Letters (Print), v. 487, p. 345-349, 2011.

CARREIRO, L. R. R.; HADDAD JR., H.; BALDO, M. V. C. **Componentes sensoriais e atencionais do tempo de reação:** Efeito do tamanho, excentricidade e previsibilidade de estímulos visuais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 28, n. 2, p. 133-140, 2012.

CARREIRO, L. R. R.; LIMA, D. P.; MARQUES, M. A. A.; ARAÚJO, M. V.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Estudo exploratório sobre o conhecimento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade entre professores de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v.7, n.1, p.34-52, 2007.

CARREIRO, L. R. R.; CERDEIRA, M. E.; PALARIA, A. C. Z.; ARAÚJO, M. V. **Sinais de desatenção e hiperatividade na escola: análise dos relatos dos professores sobre suas expectativas e modos de lidar.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.49-58, 2010.

CARREIRO, L. R. R. Estudo do efeito de diferentes modos de orientação da atenção visual sobre o tempo de reação. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2003.

COUTINHO, G. MATTOS, P. SCHMITZ, M. FORTES, D. BORGES, M. **Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH:** resultados de uma amostra clínica brasileira. Revista Psiquiatria Clínica, v.36, n.3, p.97-100, 2008.

COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ABREU, N. Atenção in: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; MATTOS, P.; ABREU, N. e colaboradores Avaliação Neuropsicológica Atenção Editora Artmed, p. 86-93, 2010.

CUNHA, J. A. **Escala Wechsler.** In: CUNHA, J. A. [et. al] (org.) Psicodiagnóstico- V.: Revista Artmed, Porto Alegre. p. 603-614, 2000.

DIAMOND, A. **Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity);** A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/ hyperactivity disorder (with hyperactivity) Dev. Psychopathol, v. 17, p. 807-25, 2005.

DINIZ, L. F. M.; CAPELLINI, G. M.; DINIZ, D. N. M.; LEITE, W. B. Neuropsicologia-teoria e prática. Editora Artmed. Porto Alegre. Cap. 14. p. 241-55, 2008.

DORNELLES, C. G., BORTOLINI, M. **Avaliação dos transtornos psicológicos em adolescentes atendidos em clínica-escola.** XI Salão de Iniciação Científica PUCRS, Rio Grande do Sul, p. 1562, 2010.

EROL, N.; SIMSEK, Z.; ÖNER, Ö.; MUNIR, K. **Epidemiology of Attention Problems Among Turkish Children and Adolescents: A National Study**. Journal of Attention Disorders, v. 11, n. 5, p. 538–545. Mar. 2008.

FLETCHER R. H., FLETCHER, S.W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica**. Artes Médicas, Porto Alegre.1991.

FONTANA, R. S.; VASCONCELOS, M. M.; WENER J. R. J.; GÓES, F. V.; LIBERAL, E. F. **Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras**. Arquivos de neuropsiquiatria, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2007.

GODOY, S.; DIAS, N. M.; TREVISAN, B. T.; MENEZES, A.; SEABRA, A. G. **Concepções Teóricas Acerca das Funções Executivas e das Altas Habilidades**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.76-85, 2010.

GOMES, M.; PALMINI, A.; BARBIRATO, F.; ROHDE, L.A.; MATTOS, P. **Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade no Brasil**. J. Revista Bras. Psiquiatr. v. 56 , n. 2 , p. 94-101, 2007.

GUALTIERI, C.T.; JOHNSON, L.G.; **ADHD: Is Objective Diagnosis Possible?** Psychiatry (Edgmont), v. 2, n. 11, p. 44-53, nov. 2005.

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. **Avaliação e diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**. Pisco. USP. São Paulo, v.19, n.3, set. 2008.

GRIGORENKO, E. L., GEISER, C., SLOBODSKAYA, H. R. & FRANCIS, D. J. **Cross- Informant Symptoms From CBCL, TRF, and YSR: Trait and Method Variance in a Normative Sample of Russian Youths**. Psychological Assessment, v. 22, n. 4, p. 893-911, 2010.

HALPERIN, J.M. **The Clinical assessment of attention**. Inter. J. Neuroci.v. 58, p. 171- 182, 1991.

HEATON, R. K.; CHELUNE, G. J.; TALLEY, J. L.; KAY, G. G.; CURTISS, G. **Teste Wisconsin de classificação de cartas**. Casa do Psicólogo, São Paulo. 2004.

HERNÁNDEZ, G. M. C. **Transtorno por déficit de atención e hiperactividad**. Revista Peruana de Pediatría, v. 60, n. 2, p. 126-131, 2007.

HUTZ, C. S. **Avanços em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes II**. In_____ CARREIRO, L.R.R. TEIXEIRA, M.C.T.V. **Avaliação da Atenção**. Cap. 3, p. 57-92. Org. Casa do Psicólogo. Ed. Casa do psicólogo. São Paulo, 2012.

JACINI, W. F. S. **Prevalência dos sintomas de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças do primeiro ciclo do ensino fundamental das escolas públicas estaduais de Campinas**, 2012. Wantuir Francisco Siqueira Jacini- Campinas. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, área de concentração: Ciências Biomédicas) Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, p. 155, 2012.

JOU, G. I.; AMARALB, B.; PAVANB, C. R. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v.23, n.1, p. 29-36, 2010.

KOLB, B.; WHISHAW, I. Q. **Neurociência do Comportamento: Como o Cérebro Pensa?** Ed. Manole. c. 14. v. 1. 528-473, 2002.

KOZIO, L.F.; STEVENS, M.C.; **Neuropsychological assessment and the paradox of ADHD.** Appl Neuropsychol Child, v. 1, n.2, p.79-89, 2012.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. **TDAH–Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento.** Psicologia Escolar e Educacional, v. 16, n. 1, p. 113-123, 2012.

LYRA, G. F. D.; ASSIS, S.G.; NJAINE, K.; OLIVEIRA, R.V.C.; PIRES, T.O. **A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento.** Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.2, p. 435-444, 2009.

LOPES, S. C. F.; ROSA, S. C.; PINTO, V. F. **TDAH Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças e Adolescentes, 2012.** Disponível em: <http://intranet.fhemig.mg.gov.br/protocoloclinicos/index>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MANUZZA, S.; KLEIN, R.G.; TRUONG, N.L.; MOULTON, J.L; ROIZEN, E.R.; HOWELL, K.H.; CASTELLANOS, F.X. **Age of methylpheni-date treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood.** Am J Psychiatry, p.165:604–609, 2008.

MARTINEZ, W.; CARTER, J. S.; LEGATO, L.J. **Social Competence in Children with Chronic Illness: A Meta-analytic Review.** Journal of Pediatric Psychology. V. 36, n. 8, p. 878–890, 2011.

MASSETTI, G.M.; LAHEY, B.B; PELHAM, W.E.; LONEY, J.; EHRHARDT.A; LEE, S.S.; KIPP, H. **Academic Achievement Over 8 Years Among Children Who Met Modified Criteria for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder at 4–6 Years of Age.** Behavioral Science Journal of Abnormal Child Psychology, v.36, p.399-410, 2008.

MATTOS, P. **No mundo da lua - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.** ABDA. n.10, São Paulo, 2011.

MATTOS, P. O que mudou no diagnóstico do TDAH com a nova edição do DSM-V, o Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais, Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>. Acesso em: 20 de nov. 2013.

MARIANI, M. M. C. **Contribuição de Instrumentos Tracionais e Computadorizados na avaliação neuropsicológica de crianças com queixa de desatenção e hiperatividade,** 2013. Mirella Martins de Castro Mariani – São Paulo. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) Universidade Presbiteriana Mackenzie, p. 106, 2013.

MCBURNETT, K.; PFIFFNER, L.J.; FRICK, P.J. **Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo.** J Abnorm Child Psychol, v. 29, p. 207-13, 2001.

MICHANIE, C.; KUNST, G.; MARGULIES, D. S.; YAKHKIND, A. **Symptom Prevalence of ADHD and ODD in pediatric population in Argentina.** J Atten Disord. 11(3): 363-7, 2007.

MEDONHO, R.A.; et al., Epidemiologia. Editora Atheneu, p. 107-113, 2005.

NAHAS, T. R.; XAVIER, G. F. “Atenção” In. ANDRADE, V. M.; SANTOS, F. H.; BUENO, O. F. A. (Orgs). **Neuropsicologia Hoje.** São Paulo: Editora: Artes Médicas, p. 77 – 99, 2004.

OLIVEIRA, C. G.; ALBUQUERQUE, P. B. **Diversidade de resultados no estudo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.** Psic.: Teor. e Pesq, v. 25, n.1, p. 93-102, 2009.

PALMER, E.; FINGER S. **Na early description of ADHD (Inattentive Subtype):** CRICHTON, A. Mental Restlessness (1978). Revista Child Psychol Psychiatry. v. 6, p. 66-73, 2001.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAUJO, A. P. Q. C. **Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares.** Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 65, n. 4a, p. 1078-1083, 2007.

PEIXOTO, Ana Lúcia Balbino; RODRIGUES, Maria Margarida Pereira. **Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental.** Revista Aletheia, n. 28, p. 91-103, 2008.

PESCE, R. P. **Problemas de comportamento externalizantes na infância. A violência em foco.** Renata Pires Pesce – Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 123, 2011.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.** M Books do Brasil, São Paulo. v. 1. p. 181-246, 2005.

POLÔNIO, M. L. **Aditivos Alimentares e Saúde Infantil.** In: ACCIOLY, E., SAUNDERS, C., LACERDA, E. M. A. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2 ed. - Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara koogan, 2009.

RANGEL JÚNIOR, É. B.; LOOS, H. **Escola e desenvolvimento psicossocial segundo percepções de jovens com TDAH.** Revista Paidéia, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 373-382, 2011.

RAYMAEKERS, R.; ANTROP, I.; VAN DER MEERE, J. J.; WIERSEMA, J. R.; ROEYERS, H. **HFA and ADHD: A direct comparison on state regulation and response inhibition.** Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, v. 29, p. 418–427, 2007.

RIZZO, M. F. T. **Sintomas de desatenção e hiperatividade em adolescentes: relações com a prática esportiva, o lazer e relacionamento interpessoal.** 2008. Dissertação Mestrado em

Distúrbios do Desenvolvimento- Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, p.84, 2008.

ROCHA, M. M., FERRARI, R. A., SILVARES, E. F. M. **Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas.** Estudo pesquisa psicol. Rio de Janeiro, v.11 n.3. dez. 2010.

ROCHA, M. M., RESCORLA, L. A., EMERICH, D. R., SILVARES, E. F. M., BORSA, J. C., ARAÚJO, L. G. S., BERTOLLA, M. H. S. M., OLIVEIRA, M. S., PEREZ, N. C. S., FREITAS, P. M.; ASSIS, S. G. **Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist.** Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2012.

ROCHA, M. M. **Evidências de validade do “Inventário de autoavaliação para adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira.** Marina Manzani da Rocha – São Paulo, 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 240, 2012.

ROCHA, M. M., ARAUJO, L. G. S.; SILVARES, E. F. M. **Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR).** Psicologia: Teoria e Prática, v. 10, n. 1, p. 14-24, 2008.

ROHDE, L. A., HALPERN, R. **Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade: atualização.** Jornal de Pediatria, v.80, n.2. p. 61-70, 2004.

ROHDE, L.A.; MATTOS, P. **Principio e Práticas em TDAH.** Revista Artmed, Porto Alegre. 2006.

ROHDE, LA, BARBOSA G, TRAMONTINA S, POLANCZYK G. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 22. p. 7-11, 2000.

SANTOS, L. de F.; VASCONCELOS, L. A. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Universidade de Brasília. v. 26 n. 4, p. 717-724, Dez 2010.

SARTER, M.; GIVENS, B.; BRUNO, J. P. **The cognitive neuroscience of sustained attention: where top-down meets bottom-up.** Brain Research Reviews , v. 35, p. 146-160, 2001.

SALBACH-ANDRAE, H. LENZ, K. LEHMKUHL, U. **Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample.** European Psychiatry, v.24, p.345-351, 2009.

SENA, S.; SOUZA, L. K. **Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH.** Temas, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2008.

SCHATZ, D. B.; ROSTAIN, A. L. **ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature.** Journal of Attention Disorders, v.10, p. 141-149, 2006.

SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L.A.P. **TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos.** J Bras Psiquiatr. v. 56. n.1, p. 25-9, 2007.

SERRA-PINHEIRO, M. A.; SCHMITZ, M.; MATTOS, P.; SOUZA, I. **Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, n. 4, p. 273-276, 2004.

SINGH, I. **Beyond polemics: science & ethics of ADHD.** Nature Reviews Neuroscience, v. 9, n. 12, p. 957-964, 2008.

SOUZA, I.; PINHEIRO, M. A.; MATTOS, P. **Transtorno de ansiedade em amostra de pacientes com déficit de atenção e hiperatividade.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v.63, n.2b, p. 407-409, 2005.

SOUZA, I. G. S.; SERRA-PINHEIRO, M. A.; FORTES, D.; PINNA, C. **Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 56, n.1, p. 14-18, 2007.

SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS, P.; FRANCO, V. A. **Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção: Resultados preliminares.** Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 59,p. 401-406, 2001.

STALLER, J.; FARAONE, S. V. **Attention-deficit hyperactivity disorder in girls epidemiology and management.** CNS Drugs, v. 20, p.107-123, 2006.

STEELE, M.; JENSEN, P.S.; QUINN, D.M.P. **Remission versus response as the goal of therapy in ADHD: A new standard for the field?** Clinical Therapeutics, v.28, p.1892-1908, 2006.

STEFANATOS, G. A.; BARON, I. S. **Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychological perspective towards DSM-V.** Neuropsychology review, v.17, n.1, p. 5-38, 2007.

STEPHEN P.; BECKER, R. A.; STEPHEN A.; MARSHALL; MCBURNETT K. **Sluggish Cognitive Tempo in Abnormal Child Psychology: An Historical Overview and Introduction to the Special Section.** J Abnorm Child Psychol, New York, 2013.

TAMM, L.; HUGHES, C.; AMES, L.; PICKERING, J.; SILVER, D. H.; STAVINOHA, P.; CASTILLO, C. L.; RINTELMANN, J.; MOORE, J.; FOXWELL, A.; BOLANOS, S. G.; HINES, T.; NAKONEZNY, P. A.; EMSLIE, G. **Attention Training for School-Aged Children With ADHD: Results of an Open Trial.** Journal of Attention Disorders, v. 14, n. 1, p. 86-95, Julho, 2010.

WECHSLER, D. **WISC III: Escala de inteligência Wechsler para crianças: manual.** 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WIELEWICKI, A.; GALLO, A. E.; GROSSI, R. **Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção.** Temas em Psicologia, v. 19, n. 2, p. 513-523, 2011.

10. ANEXOS

ANEXO 1. Carta de Informação aos Responsáveis

ANEXO 2. Roteiro de Observação em Situação de Avaliação Baseado nos Critérios Diagnósticos para TDAH do DSM-IV

ANEXO 3. Anamnese