



Millena Cardoso dos Santos Diogo

**Sintomas de déficit de atenção e
hiperatividade em uma amostra de
crianças da cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Juliane Callegaro Borsa

**Rio de Janeiro,
Maio de 2020**



Millena Cardoso dos Santos Diogo

**Sintomas de déficit de atenção e
hiperatividade em uma amostra de
crianças da cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Juliane Callegaro Borsa

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Clarissa Pinto Pizzaro de Freitas

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Cidiane Vaz Gonçalves

Campus Rio das Ostras - UFF/RJ

Todos os direitos reservados. A reprodução total ou parcial do trabalho é proibida sem a autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Millena Cardoso dos Santos Diogo

Graduada em Psicologia na Universidade Federal Fluminense (UFF). Pós-graduada em Neuropsicologia pela Universidade Cândido Mendes. Mestra em Psicologia Clínica pela linha Saúde e Desenvolvimento Humano, Departamento de Psicologia PUC-Rio em 2020.

Ficha Catalográfica

Diogo, Millena Cardoso dos Santos

Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças do Rio de Janeiro / Millena Cardoso dos Santos Diogo ; orientadora: Juliane Callegaro Borsa. – 2020.

70 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Déficit de atenção. 3. Hiperatividade. 4. Crianças. 5. Avaliação psicológica. I. Borsa, Juliane Callegaro. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas.

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, por estarem sempre comigo, me guiando, iluminando cada passo, me abençoando, me dando as forças necessárias para continuar todo o trabalho, superar as dificuldades, conquistar meus objetivos, por não me permitir desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial.

Aos meus pais e irmã pela paciência, compreensão e preocupação durante esses dois anos, sou muito grata por toda confiança que vocês depositaram em mim e nas minhas escolhas.

Ao meu esposo e melhor amigo Ramon por todo amor, carinho e por ser um grande companheiro, sendo aquele que me auxiliou e foi o braço mais forte para que eu iniciasse, perseverasse e concluísse essa caminhada e que compreendeu tão bem meus momentos de “falta” para o desenvolvimento do trabalho, obrigada por permanecer ao meu lado depois de tantos momentos de lazer perdidos, obrigada também pelos sorrisos diários e abraços nos momentos mais difíceis, por acreditar no meu sonho e sempre me motivar a seguir em frente.

À minha pequena Melina ainda em meu ventre, que tem percorrido comigo esses últimos passos, tão cheios de cansaço e incertezas, a sua existência é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

Aos amigos que estiveram comigo nos momentos de cansaço e nervosismo, dando todo o apoio que puderam. Àqueles que foram tão importantes e fizeram grande diferença em minha trajetória acadêmica, em especial à Laila Akerman, pela ajuda com as análises estatísticas, nos gráficos e tabelas tão complicadas à primeira vista e a Giuliana Vasques, por toda paciência e auxílio nas dúvidas quanto à como se produzir uma revisão sistemática, serei eternamente grata por todo auxílio durante a realização deste trabalho, vocês foram fundamentais.

Aos amigos de caminhada, André e Matheus pelo apoio psicológico e trocas durante todo esse tempo, por toda forma de ajuda, pela companhia durante o almoço, café, pelas inúmeras conversas e risadas.

À minha orientadora de mestrado, professora Juliane Callegaro Borsa, pela oportunidade de realizar este trabalho, por ter me aceitado em seu grupo, orientado meu trabalho, pelas críticas e sugestões que só acrescentaram e melhoraram o trabalho. Sinto-me agradecida e privilegiada por ter aprendido com você.

À banca, aos professores Breno Vieira, Cidiane Vaz e Clarissa Pinto que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos funcionários do departamento de Psicologia principalmente a Marcelina, muito obrigada por toda atenção, disposição e paciência sempre que necessária.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”

Resumo

Diogo, Millena Cardoso dos Santos; Borsa, Juliane Callegaro. **Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2020. 70p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação de mestrado discute aspectos teóricos e empíricos sobre tais déficits por meio de um estudo de revisão sistemática e um estudo empírico. O primeiro estudo de revisão sistemática, buscou identificar os principais instrumentos psicométricos de avaliação de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade utilizados na produção científica brasileira. Foi realizada uma busca na literatura em três bases de dados PePSIC, SciELO e LILACS e selecionados 22 artigos finais. Os dados sugerem um crescimento sutil no número de estudos, amostras compostas predominantemente por crianças do sexo masculino, a escola como o local de maior condução de coletas de dados, variáveis e comorbidades associadas ao déficit de atenção e hiperatividade e oito instrumentos mais utilizados e adaptados ao contexto brasileiro. O segundo estudo buscou identificar os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, bem como sua relação com outras características comportamentais e sociodemográficas em uma amostra de 386 crianças cariocas (M= 9,46; DP= 1,34). Os dados foram mensurados por meio dos instrumentos Child Behavior Checklist (CBCL) e Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Os resultados indicaram correlações positivas entre problemas de atenção/emocionais e problemas de atenção/comportamentais. Não foram identificadas diferenças entre sexo e problemas emocionais, nem diferença entre escolas públicas e privadas e faixas etárias distintas para nenhum das variáveis. Esses dados contribuem para uma compreensão mais ampla da relação entre o déficit de atenção e hiperatividade e as demais variáveis envolvidas.

Palavras-chave

Déficit de atenção; hiperatividade; crianças; avaliação psicológica.

Abstract

Diogo, Millena Cardoso dos Santos; Borsa, Juliane Callegaro (Advisor). **Attention deficit and hyperactivity symptoms in a sample of children from the city Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2020. 70p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The present masters dissertation debates theoretical and empirical aspects about such deficits by means of a study of systematic review and an empirical study. The first study of systematic review sought to identify the main psychometric assessment tools utilized within the Brazilian scientific production. A research in literature has been carried out on three databases such as PePSIC, SciELO, and LILACS and 22 final publications have been selected. The data indicates a slight growth on the quantity of studies, samples composed predominantly of male children, schools as the most common place for the execution of data collection, variables and comorbidities associated to attention deficit and hyperactivity, and eight instruments of the most utilized and adapted to the Brazilian context. The second study sought to identify the symptoms of attention deficit and hyperactivity, as well as their relationship with other behavioral and sociodemographic characteristics, within a 386 child sample from Cariocas ($M= 9,46$; $DP=1,34$). The Child Behavior Checklist (CBCL) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) instruments have measured the data. The results indicate positive correlations between attention/emotional issues and attention/behavioral issues. No difference between male and female and neither between public and private schools nor distinct age groups were identified for any of the variables. This data contributes for a wider comprehension of the relationship between attention deficit and hyperactivity and the rest of the involved variables.

Keywords

Attention deficit; hyperactivity; children; psychological assessment.

Sumário

1. Introdução	9
2. Artigo de Revisão Sistemática	12
2.1. Instrumentos para avaliação de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	12
3. Artigo Empírico	34
3.1. Sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares cariocas	34
4. Conclusão	51
5. Referências bibliográficas	53
6. Anexo- Parecer de aprovação por Comitê de ética em Pesquisa	68

1. Introdução

Esta dissertação de mestrado busca refletir sobre a problemática que envolve aspectos teóricos e empíricos relacionados à sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças, sua prevalência, relações com outras variáveis e instrumentos psicométricos utilizados como rastreio de TDAH. Os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade têm se mostrado atualmente uma das dificuldades comportamentais mais estudadas, visto ser crescente o número de crianças sendo diagnosticadas justamente pelo comprometimento atencional observado durante o período escolar (Sorbara, 2014). O transtorno denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), se enquadra dentro dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), como um transtorno do neurodesenvolvimento, com duração de no mínimo seis meses e sintomas que se iniciam antes dos doze anos, trazendo implicações significativas em mais de dois contextos, como por exemplo no âmbito social, familiar e sobretudo no ambiente escolar (American Psychiatric Association- APA, 2014). Esse transtorno tem como características principais as alterações no comportamento e nos principais sistemas: motores, perceptivos, cognitivos, comprometendo sobretudo a aprendizagem nas crianças (Guardiola, 2016).

Uma criança com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, apresenta além das complicações relacionadas a sua vida social, acadêmica e que interfere em sua qualidade de vida como um todo, podem também apresentar comorbidades com o transtorno de ansiedade e transtorno opositor desafiador, por isso, o diagnóstico levando em consideração a possibilidade de comorbidade é tão relevante (Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001). O diagnóstico do transtorno ainda é essencialmente clínico, baseada em critérios bem definidos, como os que constam no DSM-V. Ainda assim, alguns profissionais consideram que a avaliação para diagnóstico de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade somente pelo uso desse manual, pode se tornar algo unicamente subjetivo, sendo assim, visto a complexidade do diagnóstico preciso, consideram a utilização de exames de neuroimagem e a participação de uma equipe multidisciplinar envolvendo médicos, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, para complementar o processo (Pereira, Eduvirgem & Monteiro, 2017; Carvalho & Santos, 2016).

As avaliações psicológicas e neuropsicológicas não são consideradas processos obrigatórios mas, participam complementando o processo para confirmação ou exclusão do diagnóstico e auxiliando na identificação de possíveis comorbidades, para que o diagnóstico seja o mais fidedigno possível (Graeff e Vaz, 2008). Esse processo de diagnóstico é composto por uma tríade sintomática de problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade, mas esses sintomas isolados não necessariamente compõem o TDAH e podem estar relacionados a outros transtornos também identificados comumente na infância (Carvalho & Santos, 2016). Sendo assim, constata-se a complexidade tanto no diagnóstico quanto no tratamento de crianças com déficit de atenção e hiperatividade, gerando um esforço multidisciplinar (Carvalho & Santos, 2016). O tratamento melhora a qualidade em diversas áreas da vida das crianças, adolescentes e adultos com os sintomas e, em alguns aspectos, também em seus familiares (Cordioli *et al.*, 2015).

Desse modo, o presente trabalho se revela importante pelo interesse na pesquisa referente aos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e por estes estarem relacionados a um transtorno bastante comum na infância, sendo objeto de investigações ao longo dos anos quanto a vários fatores, sejam os seus determinantes, os meios para se chegar ao diagnóstico, suas variáveis relacionadas a prevenção e como se dá o tratamento (Santos & Francke, 2017). Assim, optou-se pela realização de dois estudos onde o objetivo geral da dissertação foi realizar uma busca dos principais instrumentos psicométricos que vem sendo utilizados como rastreio de TDAH em crianças no Brasil, além de investigar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças cariocas. A partir desse objetivo geral, os capítulos da dissertação foram estruturados e apresentados em formato de artigos. O primeiro deles, trata-se de um estudo de revisão sistemática, intitulado “Instrumentos para avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” no qual buscou investigar, os principais instrumentos utilizados como rastreio inicial para sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Esse estudo realizou uma busca em três bases de dados, com palavras-chave previamente definidas e sem utilização de filtro inicial. Em sua amostra final foram identificados oito instrumentos para mensurar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade adaptados ao contexto brasileiro, além de levar em consideração para a construção do artigo, o ano de publicação, as características da amostra, os objetivos do estudo, as variáveis e comorbidades associadas ao déficit de atenção e hiperatividade, o

tamanho das amostras utilizadas e o contexto de aplicação dos instrumentos. O segundo artigo trata-se de um estudo empírico, intitulado “Sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares cariocas”, esse artigo investiga sintomas em crianças escolares e verifica as diferenças e relações entre as variáveis envolvidas e os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Foram utilizados neste estudo, dois instrumentos para a análise de dados, o *Child Behavior Checklist* um instrumento, utilizado como ferramenta de triagem para a investigação de sintomas do TDAH (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001; Bordin, Mari & Caeiro, 1995). Além do instrumento *The Strengths and Difficulties Questionnaire*, utilizado no rastreamento de problemas de saúde mental infanto-juvenil (Fleitlich, Cartázar & Goodman, 2000; Goodman, 1997). A amostra investigada foi composta por crianças em idade escolar de escolas públicas e privadas da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana, as análises estatísticas realizadas através de correlações bivariadas de Pearson, Test *t de student* e análise de variância (ANOVA).

A importância de investigações acerca dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, motivou a busca pela elaboração da revisão sistemática e pelo estudo empírico, a justificativa para o presente trabalho se deu através do interesse principalmente pelos instrumentos psicológicos e neuropsicológicos mais utilizados para auxílio no diagnóstico em pesquisas brasileiras, pela investigação da associação com outras variáveis e/ou comorbidades psiquiátricas, se há diferenças entre sexo para sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, se há diferenças entre estudantes de escolas públicas e privadas com relação a problemas de atenção, problemas emocionais e problemas comportamentais e se há diferenças entre faixas etárias distintas para as mesmas variáveis. Dessa forma, espera-se que este trabalho, possa contribuir para incentivar o interesse dos psicólogos e outros profissionais no aprofundamento da complexidade dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade a fim de que o mesmo tenha mais pesquisas e produções científicas a respeito dessa temática e para que condense a literatura acerca da possibilidade da associação dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade com as demais variáveis e comorbidades e assim, possa melhor auxiliar num diagnóstico preciso, quando for necessária a utilização desses instrumentos que poderão ser de grande contribuição principalmente indicando as intervenções necessárias.

2. Artigo de Revisão Sistemática

Instrumentos para avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Millena Cardoso dos Santos Diogo, Juliane Callegaro Borsa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Resumo

Este estudo visa apresentar os principais instrumentos psicométricos de avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) utilizados na produção científica brasileira. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, utilizando uma combinação de descritores de modo a abranger uma amostra representativa de artigos empíricos nacionais, publicados nos últimos dez anos nas bases de dados PePSIC, SciELO e LILACS. Inicialmente foram encontrados 333 artigos e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 22 artigos para a leitura na íntegra. Os resultados apontaram para um crescimento sutil no número de estudos, as amostras compostas predominantemente por crianças do sexo masculino e a escola como o local de maior condução de coletas de dados. As variáveis e comorbidades maioritariamente identificadas como associadas ao TDAH foram baixo peso ao nascer, fluência verbal, funções executivas, habilidades motoras e transtorno opositor desafiador. Foram identificados oito instrumentos adaptados ao contexto brasileiro, dentre os mais utilizados foram o Swanson, Nolan and Pelham (SNAP-IV), o Questionário de Habilidades e Dificuldades (SDQ) e a Escala de TDAH. Aponta-se para a carência de instrumentos específicos que avaliem os sintomas de TDAH, bem como para a falta de informações nos artigos sobre as propriedades psicométricas dos instrumentos.

Palavras-chave:

Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; Avaliação psicológica; Comorbidade.

Abstract

This systematic literature review aims to introduce the main psychometric instruments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) assessment present in the Brazilian scientific production. The review combined multiple descriptors in order to embrace a representative sample of national empirical articles, published in the last 10 years in the data bases PePSIC, SciELO and LILACS. Initially it was found 333 articles. The application of inclusion and exclusion criteria resulted in a final sample of 22 articles. The results point to a subtle growth in the number of studies. Participants of the studies predominantly children and male. School was the place where most of the data were collected. The variables and comorbidities strongly mentioned as associated with ADHD were: low weight at birth, verbal fluency, executive functions, motor skills and oppositional defiant disorder. Eight instruments adapted to the Brazilian context were identified. Among the most used instruments are Swanson, Nolan and Pelham (SNAP-IV), the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the ADHD scale. This review highlights a gap of specific instruments to assess ADHD symptoms, as well as the omission of substantial information concerning the psychometric properties of the instruments.

Key words:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Psychological tests; Psychological assessment.

Introdução

O *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) ou segundo a nomenclatura brasileira o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é um transtorno que tem início na infância e pode permanecer na vida adulta impactando o desenvolvimento do indivíduo em diversos aspectos (Braun, Marcilio, Corrêa & Dias, 2019). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, houveram mudanças no DSM-4 com relação a nova edição do DSM-5 no que se refere ao diagnóstico de TDAH. Algumas dessas alterações estão relacionadas a idade, onde indivíduos de até dezessete anos devem apresentar no mínimo seis sintomas, enquanto os adultos somente cinco (Araújo & Lotufo Neto, 2014). No novo manual esses sintomas devem ser apresentados e identificados até os doze anos de idade, diferentemente do DSM-4 no qual a idade limite era de até sete anos. Outra mudança foi em relação ao diagnóstico de TDAH e do TEA (Transtorno do Espectro Autista). Agora esses transtornos podem ser diagnosticados como transtornos comórbidos, além dos sintomas precisarem também ocorrer em mais de um contexto (Araújo & Lotufo Neto, 2014). Essas mudanças de acordo com a APA (2013), favoreceram o diagnóstico nos adultos já que a idade já não é mais uma barreira.

Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014; Whitbourne & Halgin, 2015), o TDAH é definido como um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por sintomas persistentes de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade por pelo menos seis meses, podendo ser apresentado em três subtipos: predominantemente hiperativo/impulsivo caracterizado pela excessiva atividade motora em graus inadequados; predominantemente desatento quando os sintomas como dificuldades em manter o foco e em se organizar para a realização de atividades estão significativamente mais presentes e do tipo combinado onde o indivíduo apresenta ambos os sintomas com intensidades equivalentes (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos são extensos e estão diretamente ligados à presença de ao menos seis sintomas persistentes nos últimos seis meses, que podem ser inteiramente relacionados à desatenção (Ex.: facilidade em distrair-se com estímulos alheios à tarefa, dificuldade em manter a atenção em atividades lúdicas, distração durante conversas, dificuldade no cumprimento de instruções,

dificuldades nas tarefas complexas e que exijam organização, esquecimento ou distração em atividades diárias, perda de objetos necessários para o dia-a-dia, além de, evitar tarefas que envolvam esforço mental); e/ou hiperatividade e impulsividade (Ex.: movimentação e fala excessivas, está sempre a mil por hora, dificuldade de ficar sentado, tendência a correr ou escalar em situações inapropriadas, interromper ou intrometer-se em conversas, jogos e atividades, dificuldade em esperar sua vez em atividades lúdicas ou em situações de grupo, incapacidade de participar calmamente de atividades de lazer) (APA, 2014). Esses sintomas devem aparecer antes dos 12 anos de idade, sendo apresentados no mínimo em dois ambientes no qual a criança convive, comprometendo a rotina e causando prejuízos a vida pessoal, social e acadêmica. No caso dos adultos, é preciso que pelo menos cinco dos sintomas sejam apresentados. Tanto nos adultos quanto nas crianças, esses sintomas devem ser conflitantes ao nível de desenvolvimento da pessoa, causando prejuízos significativos há, no mínimo seis meses para ambos, em cada critério estabelecido pelo DSM-V (APA, 2014).

O diagnóstico final de transtorno do neurodesenvolvimento, no qual se enquadra o TDAH, pode ser emitido por um médico psiquiatra, neuropediatra ou neurologista (Effgem, Canal, Missawa & Rossetti, 2017). No entanto, recomenda-se que a avaliação desse transtorno seja baseada em uma análise multidisciplinar em que psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos possam contribuir com os resultados de suas avaliações, auxiliando na indicação ou exclusão da possibilidade de determinado transtorno (Erbs, 2010). Apesar dos avanços na área da saúde, não existem testes laboratoriais, exames de imagem ou físicos que possam favorecer o diagnóstico conclusivo do TDAH, sendo esse fundamentalmente baseado em critérios clínicos incluindo entrevistas com a criança ou adolescente e os responsáveis, além da investigação escolar sobre seu comportamento e funcionamento (Pliszka, 2007). Segundo os parâmetros da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, também podem ser utilizadas escalas que avaliem o comportamento das crianças, assim como testes psicológicos e neuropsicológicos, principalmente quando há suspeita de déficit funcional (Wagner, Rohde & Trentini, 2016). Esses instrumentos descrevem o funcionamento cognitivo, permitindo identificar as funções cognitivas preservadas e aquelas que possam estar prejudicadas (Alves, Neme & Cardia, 2015).

Quanto mais completa e criteriosa for a avaliação, menor a possibilidade de equívocos no diagnóstico, o que vem se tornando um desafio na atualidade, visto que outros transtornos aparentam alguns sintomas comuns ao TDAH, como a dislexia, deficiência intelectual, transtorno bipolar, depressão, transtorno desafiador opositor (TOD) e transtorno de conduta (TC) (Alves *et al.*, 2015; Dias & Badin, 2015). Um estudo realizado por Figaro (2009), revelou que aproximadamente 65% das pessoas que sofrem de TDAH apresentam comorbidades com outros transtornos. Os principais transtornos associados ao TDAH são: TOD, TC, depressão, ansiedade (Bordini, Orsi, Gattás & Mercadante, 2010) e alterações nas funções executivas (Capovilla, Assef & Cozza, 2007). Os principais sintomas desses transtornos podem facilitar a ocorrência de comorbidades, não sabendo ao certo qual transtorno pode ter causado o outro (Barkley *et al.*, 2008). Sendo assim, é importante que os sintomas dos transtornos associados não sejam descartados e que o TDAH seja tratado concomitantemente com os outros transtornos aparentes (Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005). Deste modo, uma avaliação bem conduzida pode trazer muitos benefícios como elucidar os sintomas, identificar se estes estão dentro da normalidade ou se fazem parte de outros quadros patológicos, além de prover informações que contribuirão na construção de estratégias terapêuticas (Mattos, Abreu & Grevet, 2003).

Com relação a população mundial, um estudo de Hora, Silva, Ramos, Pontes e Nobre (2015), estima que o TDAH é um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência em crianças em idade escolar e demonstra uma ampla variação em diferentes países, variando mundialmente de 2,7 a 31,1%. No Brasil, os dados da sobre a prevalência também são variados, cerca de 3 a 30% das crianças sofrem de TDAH (Rotta, 2016). Sua etiologia não é consensual, podendo estar associada a razões multifatoriais e de grande complexidade. Pesquisas apontam para o papel das influências genéticas e hereditárias (Barkley *et al.*, 2008). Por exemplo, estudo com adotados foram imprescindíveis para se ter certeza sobre a participação dos genes no TDAH, demonstrando alta frequência de TDAH entre pais e filhos biológicos em comparação a pais e filhos adotivos, conseguindo distinguir bem os efeitos genéticos dos ambientais (Muszkat, Miranda & Rizzutti, 2017).

A recidiva do transtorno no âmbito familiar tem demonstrado influência biológica de 25 a 95% (Biederman & Faraone, 2005; Rotta, Filho & Bridi, 2016). Em contrapartida, estudos apontam que tabagismo e consumo de álcool durante a

gravidez (Mick, Biederman, Faraone, Sayer & Kleiman, 2002), eclampsia (Rohde & Mattos, 2003), estresse fetal (Bordini *et al.*, 2010), baixo peso ao nascer (Bordini *et al.*, 2010) e saúde materna debilitada (Rohde & Mattos, 2003) são fatores ambientais que podem do mesmo modo predispor o TDAH (Biederman & Faraone, 2005).

Além disso, o TDAH é marcado por muitos impactos, seja nas relações sociais, onde os indivíduos tendem a apresentar uma maior dificuldade em manter amizades ou no dia-a-dia apresentando dificuldade em por exemplo, adiar uma gratificação e aguardar a sua vez (Davela & Almeida, 2016). Outro impacto seria no âmbito familiar, no qual as crianças apresentam dificuldades em seguir regras, em completar tarefas muitas vezes simples agindo com agressividade e intolerância à frustração, tornando-se um grande desafio familiar (Benczik & Casella, 2015). Existe também um impacto importante no âmbito escolar, com prejuízos nas atividades acadêmicas, desinteresse, desorganização e agitação na sala de aula (Jafferian & Bahone, 2015), além das crianças com TDAH poderem desenvolver problemas na atenção, na memória e nas funções executivas (Effgem *et al.*, 2017).

Frente a todos esses aspectos, é possível identificar a relevância de uma avaliação neuropsicológica adequada utilizando com a criança recursos como escalas, questionários e formulários, juntamente com entrevista semi-estruturada com os pais e professores, para que forneçam informações a respeito da criança e seus comportamentos em diferentes contextos em que ela está inserida (Alves *et al.*, 2015; Effgem *et al.*, 2017; Valença & Nardi, 2015). Desta forma, é importante conhecer os instrumentos utilizados em pesquisas brasileiras sobre TDAH em crianças. Esses instrumentos podem fornecer informações mais objetivas e criteriosas acerca da frequência, intensidade e impacto dos sintomas, auxiliando no diagnóstico e permitindo um encaminhamento adequado para a intervenção (Santos & Francke, 2017).

Considerando o exposto, o presente estudo teve como objetivo, realizar por meio de uma revisão sistemática da literatura, a descrição e análise dos estudos brasileiros sobre avaliação de TDAH infantil a partir de instrumentos de caráter psicométricos.

Método

Procedimentos de coleta e critérios de seleção dos artigos

A busca foi realizada em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). Os descritores foram definidos a partir da consulta das palavras-chave na terminologia em Psicologia (BVS Psicologia Brasil). Foram utilizados os seguintes operadores booleanos: (ADHD OR TDAH OR “attention deficit hyperactivity disorder” OR “déficit de atenção e hiperatividade”) AND (evaluation OR avaliação OR inventory OR inventário OR test OR teste OR checklist OR assessment OR scale OR escala) AND (child OR criança). Nas configurações de busca optou-se por pesquisar os descritores no “no título” e “resumo” sem uso de filtros adicionais disponíveis nas bases de dados.

No levantamento inicial com os descritores acima citados, foram recuperados um total de 333 artigos nas três bases de dados. Após um refinamento preliminar que consistiu na eliminação de 65 artigos duplicados, obteve-se um total de 268 artigos para a leitura dos resumos, os quais foram selecionados seguindo os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos empíricos quantitativos que utilizaram instrumentos de avaliação do TDAH; 2) publicados em idioma inglês e ou português; 3) amostra composta por crianças com idade de até 12 anos; 4) estudos publicados entre 2009 e 2019; 5) artigos produzidos em um país diferente do Brasil. Para esta etapa contou-se com a ajuda de dois psicólogos que realizaram uma análise qualitativa dos resumos selecionando aqueles que atendiam aos critérios já mencionados. Como pode ser evidenciado na Figura 1, foram excluídos 47 artigos que não utilizavam instrumentos de avaliação do TDAH, 28 estudos que continham como participantes crianças acima de 12 anos ou adultos, 75 artigos que foram publicados antes do ano 2009, 55 estudos escritos em outros idiomas que não fossem inglês e português, 4 artigos produzidos em países que não fosse o Brasil e 37 estudos que não utilizaram de instrumentos psicométricos para o levantamento de dados como é o caso de entrevistas, técnicas de observação, filmagens e etc. A amostra final ficou constituída por 22 publicações nacionais que foram lidas na íntegra.

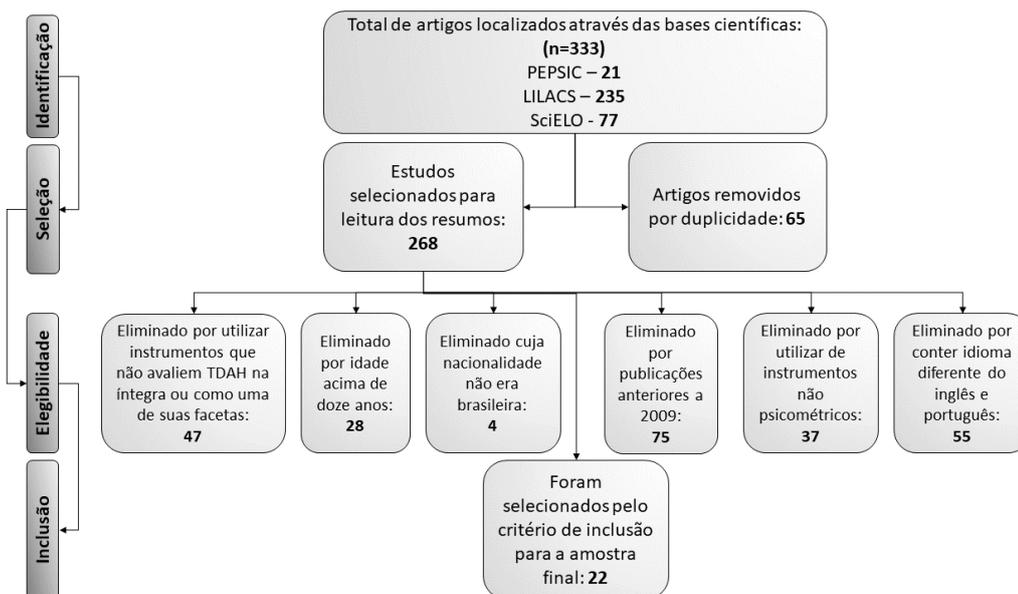


Figura 1. Fluxograma da busca nas bases de dados com as respectivas quantidades de artigos encontrados, eliminados e selecionados.

Por fim, foi realizada a leitura dos 22 artigos na íntegra, com a finalidade de coletar informações relevantes para o cumprimento dos objetivos do presente estudo. Foram definidas as seguintes categorias de análise: a) ano de publicação, b) características das amostras, c) objetivo dos estudos, d) variáveis e comorbidades associadas ao TDAH, e) tamanho das amostras utilizadas, f) contexto de aplicação dos instrumentos, g) instrumentos utilizados para mensurar TDAH e h) descrição dos artigos psicométricos. No estudo psicométrico encontrado também foi reportada, as análises realizadas e os resultados deste estudo.

Resultados e Discussões

Por motivos de organização, os artigos que fizeram parte das bases de dados selecionadas e compuseram a presente revisão serão identificados na lista de referências como um asterisco.

Ano de publicação

Como mencionado, a amostra final foi composta de 22 artigos publicados entre os anos de 2009 e 2017. Como identificado na Figura 2, consegue-se observar uma leve tendência de crescimento nos estudos sobre TDAH, que cumprem com os critérios de elegibilidade deste estudo. Considerando os critérios de inclusão e exclusão, não foram identificadas publicações nos anos de 2018 e 2019.

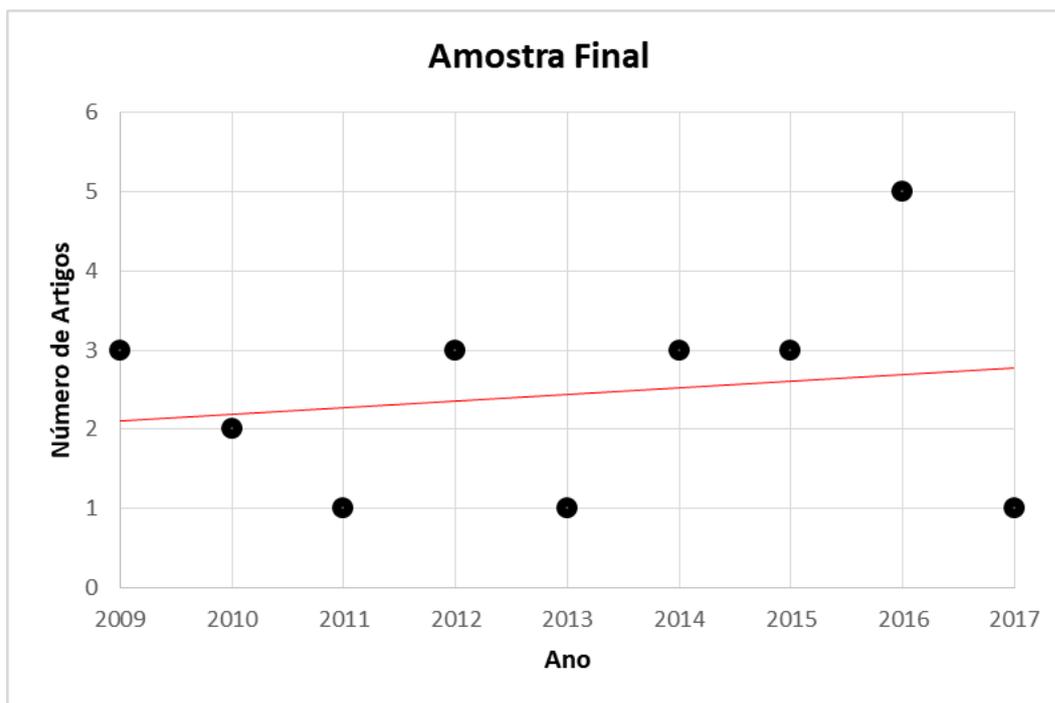


Figura 2. Artigos finais publicados no período de 2009 a 2017.

Caraterísticas das amostras

Como pode ser observado na Tabela 1, 16 dos 22 estudos analisados na amostra final, tiveram como participantes crianças dos sete aos 12 anos, abrangendo o período escolar do ensino fundamental o que corrobora em parte com o estudo de Faraone *et al.*, (2015), que indica que o TDAH é melhor diagnosticado em crianças de seis a oito anos. A maioria das evidências sintomatológicas aparecem no ingresso da criança ao ambiente escolar, já que neste contexto há necessidade de uma atenção concentrada, o cumprimento de regras e onde são observados com maior ênfase o comportamento de inquietude e as dificuldades no aprendizado (Rocha & Ferreira, 2018). Mesmo assim, não é fácil que o diagnóstico de TDAH se dê antes dos sete anos, já que muitos dos sintomas como a agitação, impulsividade e o nível de concentração mais baixos são comuns nessa faixa etária, o que acaba acarretando uma difícil diferenciação entre os sintomas do transtorno e características comuns do desenvolvimento típico (Desidério & Miyazaki, 2007).

Com relação ao sexo dos participantes, um estudo contou com amostra exclusivamente de meninas, dois com amostras exclusivamente de meninos, enquanto 19 incluíram ambos os sexos. Embora a maioria dos estudos na literatura sobre TDAH tenham sido realizados com amostras de ambos os sexos, é indicado

uma prevalência cerca de duas a três vezes maior no sexo masculino (Marcon, Sardagna & Schussler, 2016; Thapar & Cooper, 2016), em comparação com o sexo feminino (Wender, Wolf & Wassertein, 2001). Essa prevalência de TDAH no sexo masculino pode ser justificada pela ocorrência de maiores índices de problemas internalizantes como: ansiedade, depressão, fobias e queixas somáticas no sexo feminino, enquanto os meninos tendem a apresentar maiores índices de condutas externalizantes ou problemas comportamentais no qual se enquadra o TDAH (Achembach, 1991).

Tabela 1

Autor, ano de publicação e características das amostras dos estudos coletados

Nome do artigo	Autor	Ano de Publicação	Participantes		
			Idade das crianças	Sexo das crianças	Tamanho da amostra
Achados comportamentais e cognitivos em crianças de 5 a 11 anos nascidas com baixo peso.	Dos Santos, Petresco; DeMoraes, Manzoli, Mota & Santos.	2014	5 a 11 anos	Masc./ Fem.	47 crianças
Avaliação das habilidades motoras e desempenho escolar em crianças diagnosticadas com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.	Palácio, DeOliveira, Arneiro & Casella.	2016	7 a 10 anos	Masc./ Fem.	110 crianças
Attention deficit hyperactivity disorder and intellectual giftedness: a study of symptom frequency and minor physical anomalies.	Minahim & Rohde.	2015	1 a 5 anos	Masc./ Fem.	39 crianças
Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de atenção com hiperatividade: um estudo comparativo.	Silveira, Passos, DosSantos, Leal & Chiappetta.	2009	7 a 12 anos	Masc./ Fem.	56 crianças
Assessment of preschool children: relation between executive functions tests and inattention and hyperactivity indicators.	Pereira, León, Dias & Seabra.	2012	4 a 9 anos	Masc./ Fem.	85 crianças
Avaliação neuropsicológica e diagnóstico diferencial de transtorno afetivo bipolar e transtorno de conduta: um estudo de caso.	Stravogiannis, Memória, Juhas, Coutinho, DeLucia & Scaff.	2016	10 anos	Feminino	1 criança
Childhood executive functioning inventory: adaptation and psychometric properties of the brazilian version.	Trevisan, Dias, Berberian & Seabra.	2017	4 a 7 anos	Masc./ Fem.	408 crianças
Desempenho operatório de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade em jogos eletrônicos baseados em provas Piagetianas	Rossetti, DeSouza, Röhrig, Guimarães, Pylro & Bahiense.	2014	7 a 10 anos	Masc./ Fem.	16 crianças
Eating habits and psychopathology: translation, adaptation, reliability of the Nutrition Behavior Inventory to Portuguese and relation to psychopathology.	Benko, DeFarias & Cordeiro.	2011	9 a 12 anos	Masc./ Fem.	96 crianças
Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto.	Frassetto & Bakos.	2010	9 a 12 anos	Masc./ Fem.	10 pais e 10 crianças
Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.	Bellé, Andreazza, Ruschel & Bosa.	2009	8 e 11 anos	Masculino	30 crianças
Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.	Faria & Cardoso.	2016	6 a 12 anos	Masc./ Fem.	40 cuidadores
Measuring child maltreatment using multi-informant survey data: a higher-order confirmatory factor analysis.	Salum, DeSousa, Manfro, Pan, Gadelha, Brietzke, Miguel, Mari, DoRosário & Grassi-Oliveira.	2016	6 a 12 anos	Masc./ Fem.	57 crianças
Motor development of children with attention deficit hyperactivity disorder.	Rosa, Goulardins, Rigoli, Piek & DeOliveira.	2015	5 a 10 anos	Masc./Fem.	200 crianças

Performance patterns in Conners' CPT among children with attention deficit hyperactivity disorder and dyslexia.	Miranda, Barbosa, Muszkat, Rodrigues, Sinnes, Coelho, Rizzuti, Palma & Bueno.	2012	7 a 10 anos	Masc./Fem.	84 crianças
Phonemic verbal fluency and severity of anxiety disorders in young children.	Toazza, Salum, Jarros, DeSousa, DeSalles, & Manfro.	2016	6 a 12 anos	Masc./ Fem.	60 crianças
Potencial cognitivo em crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.	Romero, Capellini. & Frizzo.	2013	8 a 12 anos	Masc./ Fem.	30 crianças
Sensory processing abilities of children with ADHD.	Shimizu, Bueno & Miranda.	2014	6 a 11 anos	Masc./ Fem.	74 crianças
Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento.	Santo, Portuguez & Nunes.	2009	4 a 5 anos	Masc./ Fem.	80 neonatos
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica.	DaFonseca, Muszkat & Rizutti.	2012	6 anos	Masculino	2 crianças
Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional?	Andrade & Flores-Mendoza.	2010	12 anos	Masc./ Fem.	107 crianças
Vocabulário e compreensão verbal de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.	Barini & Hage.	2015	7 a 10 anos	Masc./ Fem.	40 crianças

Objetivo dos estudos

Dentre os estudos encontrados, os objetivos foram: investigar a validade e confiabilidade de uma abordagem para medir maus-tratos infantis relacionando a presença de TDAH e demais transtornos (n=1); tradução e adaptação brasileira de um instrumento que contribui para a identificação de TDAH (n=1); investigação do uso de instrumentos de avaliação de TDAH em crianças que apresentam indícios do transtorno (n=2); estudos de caso para diagnóstico de TDAH (n=2); investigação de fatores relacionados aos pais ou cuidadores de crianças com TDAH (n=3) e análise da presença de sintomas de TDAH em crianças, além da verificação da relação desse construto com outras variáveis (n=13).

Variáveis e comorbidades associadas ao TDAH

Dentre os 22 estudos selecionados para análise final, 16 tinham como objetivo principal a avaliação de TDAH e quatro tinham como objetivo secundário a avaliação desse construto. Foi possível identificar variáveis e transtornos relacionados ao TDAH, as variáveis que mais foram identificadas nos estudos foram: prematuridade ou baixo peso, fluência verbal, funções executivas, habilidades motoras e por outro lado, entre as comorbidades encontradas estavam: o Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC).

Há estudos que comprovam que crianças prematuras e com baixo peso apresentam uma maior prevalência relacionada a problemas comportamentais, alterações emocionais e prejuízos no desenvolvimento intelectual do que as nascidas a termo, constatando maior incidência de TDAH neste grupo específico de crianças (Bordin, Linhares & Jorge, 2001; Santos *et al.*, 2014*). Outro estudo de Silveira, Passos, Santos e Chiappetta (2009*), analisa diferenças na fluência verbal em crianças sem déficit cognitivo de ambos os sexos com e sem TDAH, com idades entre sete a 12 anos, estudantes de escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. O estudo avaliou a organização do pensamento na produção lexical, armazenamento semântico e capacidade de recuperar informações e identificar a relação entre prejuízos na fluência verbal e problemas atencionais. Os resultados apontam que as crianças com TDAH necessitam de um tempo maior para processar e dar início as respostas, indicando um resultado inferior às crianças sem o transtorno (Silveira *et al.*, 2009*).

Com relação às funções executivas, déficits nessa função são amplamente estudados em indivíduos com diagnóstico de TDAH e os prejuízos identificados são relacionados a questões atencionais e às áreas cerebrais envolvidas (Capovilla, Assef & Cozza, 2007). A função executiva envolve processos encarregados por realizar o planejamento, foco, direcionamento e orientação, além de ser responsável pelo estado de alerta, atenção sustentada e seletiva, tempo de reação, fluência e flexibilidade do pensamento, emoções e comportamentos no qual, os pacientes com TDAH costumam apresentar alterações específicas nessa função (A. Capovilla, Cozza, F. Capovilla & Macedo, 2005; Hamdan & Bueno, 2005).

O estudo de Kooistra, Crawford, Dewey, Cantell e Kaplan (2005), corrobora os dados identificados na presente revisão sistemática ao encontrar associação entre TDAH e déficits nas habilidades motoras finas e grossas. Do mesmo modo, o estudo de Martin, Levy, Pieka e Hay (2006), corroboram os achados a respeito da relação entre o TDAH do subtipo desatento e problemas com habilidades motoras finas. Segundo Fliers *et al.* (2009), 50% das crianças com TDAH apresentam também rebaixamento nas habilidades motoras (Miyahara, Piek & Barrett, 2006). Mesmo assim, esses problemas são negligenciados e poucas crianças recebem tratamento necessário para melhoria na coordenação, organização espacial, motricidade fina e grossa (Fliers *et al.*, 2009; Goulardins, 2010).

Por último, os estudos de Souza, Serra, Mattos e Franco (2001); Urazán-Torres, Punche-Cabrera, Caballero-Foreno e Rey-Anacona (2013), identificaram que 50% das crianças com TDAH apresentavam também transtorno opositor desafiador, caracterizado por comportamento provocador e desobediente (Kureke, 2016). Outro transtorno relacionado ao TDAH é o TC, caracterizado por padrões de comportamentos disruptivos como mentir, enganar, ferir outras pessoas, furtar ou depredar bens materiais, entre outros (Bordin & Offord, 2000).

Tamanho das amostras usadas

O número de participantes dos estudos foi diverso, variando entre amostras com menos de dez participantes, até outros com mais de 400 participantes, como pode ser observado na Tabela 1. O artigo com menor número de participantes foi o estudo de caso de Stravogiannis *et al.* (2016*), que tinha como objetivo a avaliação neuropsicológica de uma criança do sexo feminino encaminhada para avaliação de um possível transtorno de conduta, transtorno bipolar e TDAH. O estudo de maior

número de participantes foi o artigo psicométrico de Trevisan, Dias, Berberian e Seabra (2017*), onde foram avaliadas 408 crianças brasileiras, com o objetivo de traduzir, adaptar e investigar propriedades psicométricas de um instrumento denominado Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI), instrumento utilizado para auxílio no diagnóstico de TDAH.

Contexto de aplicação dos instrumentos

Verificou-se a existência de três locais onde as coletas de dados dos estudos foram conduzidas: 54,6% (n=12) dos estudos realizaram a coleta de dados em escolas; 22,7% (n=5) dos estudos coletaram os dados em hospitais; 13,7% (n=3) não continham essa informação elucidada e 9% (n=2) dos estudos realizaram a coleta de dados em clínica-escola. A hipótese que pode justificar a escola como o local de maior ocorrência de coleta de dados, pode se dar pelo fato de ser o local de maior concentração de crianças, pais e professores, os quais são os principais respondentes dos instrumentos utilizados nas coletas de dados. Ademais, a escola configura-se como um ambiente no qual as queixas comportamentais relacionadas ao TDAH se tornam mais aparentes (Sax & Kautz, 2003).

Instrumentos utilizados para mensurar TDAH

Como pode ser visualizado na Tabela 2, o Questionário Swanson, Nolan and Pelham- SNAP-IV (Swanson *et al.*, 2001), foi utilizado em 12 estudos (Barini & Hage, 2015*; Bellé, Andrezza, Ruschel & Bosa, 2009*; Frassetto & Bakos, 2010*; Minahim & Rohde, 2015*; Palácio, Oliveira, Arneiro & Casella, 2016*; Pereira, León, Dias & Seabra, 2012*; Rosa, Goulardins, Rigoli, Piek & Oliveira, 2015*; Santos *et al.*, 2014*; Silveira *et al.*, 2009*; Stravogiannis *et al.*, 2016*; Toazza *et al.*, 2016*; Trevisan *et al.*, 2017*). O SNAP-IV consiste em um instrumento norteamericano construído com base nos critérios do DSM-IV, adaptado para o contexto brasileiro por Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde e Pinto (2006), com objetivo de identificar aspectos relacionados ao TDAH em crianças e adolescentes (Marcon *et al.*, 2016), embora a faixa etária de aplicação do instrumento não esteja disponível para acesso. Constituído por 26 itens que avaliam os principais sintomas do TDAH, além dos sintomas de TOD (Wagner & McLennan, 2015), o questionário é respondido individualmente pelos pais ou professores, utilizando uma escala tipo Likert de quatro pontos variando de (nem um pouco à demais) (Araújo,

Vasconcelos, Kummer, Oliveira & Lima, 2016). De acordo com a ABDA (2015), muitos dos sintomas de TDAH podem estar relacionados a outras comorbidades, motivo pela qual este questionário pode ser utilizado na identificação dos sintomas primários do transtorno, sendo o diagnóstico final realizado através de anamnese com uma equipe multidisciplinar (ABDA, 2015).

O *The Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ* (Goodman, 1997), foi utilizado em dois estudos (Faria & Cardoso, 2016*; Toazza *et al.*, 2016*). Consiste em um instrumento norteamericano, adaptado para a população brasileira por Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), apresentando índices positivos de validade e confiabilidade em uma amostra de 5.000 participantes. É considerado um instrumento confiável para avaliação devido a sua boa funcionalidade e ajustamento, classificado como um rastreador de problemas relacionados a saúde mental seja em crianças ou adolescente com idades entre quatro a 16 anos (Saur & Loureiro, 2012). Os respondentes são os pais ou professores e as respostas são fornecidas por meio de uma escala tipo Likert de três pontos, variando de (Não é verdade à Certamente verdadeiro). Contém 25 itens que são divididos em cinco subescalas que avaliam problemas de comportamento pró-social, hiperatividade, sintomas emocionais, desesperança e problemas de relacionamento com os colegas (Graeff- Martins & Fleitlick-Bilyk, 2016).

A Escala de TDAH (Benczik, 2000), foi utilizada em três estudos (Andrade & Flores-Mendoza, 2010*; Rossetti & Missawa, 2014*; Stravogiannis *et al.*, 2016*). Este instrumento foi criado e validado para o contexto brasileiro por Benczik, (2000). Consiste em uma escala tipo Likert de seis pontos, variando de (Nunca à Muito frequentemente), destinado a faixa etária de seis a 17 anos. É um instrumento que apresenta 49 itens distribuídos em positivos (contendo indícios de TDAH) e negativos (descartando indícios de TDAH), que avaliam por meio da resposta de pais e professores, os sintomas relativos ao déficit de atenção, hiperatividade, impulsividade, possibilidade de prejuízos sociais e escolares (Benczik, 2000). A escala adaptada para pais inclui algumas modificações nas subescalas de déficit de atenção, hiperatividade, impulsividade e prejuízo social (Benczik, 2000).

A Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor – EACI-P (Conners, 1973), foi utilizada em três estudos (Fonseca, Muszkat & Rizutti, 2012*; Miranda, *et al.*, 2012*; Shimizu, Bueno & Miranda, 2014*). É uma escala

norte-americana, adaptada para a população brasileira por Brito (2006). Consiste em um instrumento preenchido pelo professor, que auxilia na avaliação de transtornos psiquiátricos infantis, como o TDAH e o Transtorno do Comportamento Disruptivo, entre a faixa etária de quatro a 14 anos (Brito, 2006). Consiste em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando de (Nenhum à Muito) e 62 itens que avaliam e dão uma estimativa da funcionalidade da criança, medidos de acordo com cinco fatores: hiperatividade/problemas de conduta, funcionamento independente/socialização positiva, intenção, neuroticismo/ansiedade e socialização negativa. Esta escala é utilizada como um instrumento de rastreamento do TDAH (Machado & Almeida, 2013).

O inventário denominado *Child Behavior Checklist - CBCL* (Achenbach, 1991), foi utilizado em dois estudos (Benko, Farias & Cordeiro, 2011*; Shimizu *et al.*, 2014*). É um instrumento norte-americano criado por Achenbach (1991), traduzido e adaptado para o Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Os informantes são os pais ou responsáveis de crianças com idade entre seis e 18 anos, no qual devem comparar o comportamento do filho a crianças de mesma idade. Consiste em uma escala tipo Likert de três pontos, variando de (Não verdadeira à Frequentemente verdadeira). É composto por 138 itens divididos em, 118 itens para avaliação de problemas emocionais e comportamentais e 20 itens para avaliação das competências sociais. É um instrumento rápido e segundo os autores confiável no auxílio diagnóstico de TDAH (Bordin *et al.*, 1995). Apresenta indicadores de problemas comportamentais, emocionais e de competência social na primeira infância, avaliando o comportamento agressivo, ansiedade e depressão, problemas de atenção, problemas de pensamento, violação de regras, queixas somáticas e problemas sociais (Cabella *et al.*, 2015).

A Escala Connors para pais e professores - CPRS-R (Goyette, Connors & Ulrich, 1978), foi utilizada em dois estudos (Espírito Santo, Portuguez & Nunes, 2009*; Frassetto *et al.*, 2010*). O instrumento é originário da Austrália e adaptado e validado no Brasil por Barbosa, Dias e Gaião (1997). Consiste em uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando de (Nunca à Sempre). A escala tem uma versão de 42 itens para pais e uma forma reduzida para professores composta por 39 itens. A escala avalia crianças com faixa etária de três a 17 anos, a partir de quatro categorias que envolvem fatores preditivos de TDAH, problemas sociais, psicossomáticos e perfeccionismo (Connors, 1997).

A Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC III (Wechsler, 1991), foi utilizada em dois estudos (Miranda *et al.*, 2012*; Romero, Capellini & Frizzo, 2013*). É uma escala norteamericana criada por Wechsler (1949) e adaptada ao contexto brasileiro por Figueiredo, Pinheiro e Nascimento (1998). Em sua primeira versão brasileira do WISC, propunha avaliar a inteligência em crianças e adolescentes de cinco a 15 anos. Após, com a necessidade de atualizações nas normas, outras versões foram criadas: WISC-R (1974), WISC-III (1991), WISC-IV (2003) e WISC-V (2014) (Nascimento & Figueiredo, 2002). Atualmente utiliza-se a versão do WISC-IV, e os respondentes são crianças de seis a 16 anos, já que a versão do WISC-V, ainda não se encontra disponível para o Brasil. A principal diferença entre o instrumento utilizado nos estudos que compõem a amostra e a versão atualizada é o acréscimo de alguns subtestes e modificação de outros. O WISC-III é composto por 13 subtestes, divididos em dois grupos: Verbais (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos) e Executivos (Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos e Labirintos), resultando o desempenho da criança em três medidas: QI verbal, QI de execução e QI total (Figueiredo, Pinheiro & Nascimento, 1998). Já o WISC-IV, consiste em uma bateria de 15 subtestes, que avaliam: Compreensão Verbal (semelhanças, vocabulário, compreensão, informação e raciocínio com palavras); Organização Perceptual (cubos, conceitos figurativos, raciocínio *matricial* e completar figuras); Memória Operacional (dígitos, sequência de números e letras e aritmética) e por fim Velocidade de Processamento (código, procurar símbolos e cancelamento) (Wechsler, 2017). Embora esta escala avalie a capacidade intelectual e a resolução de problemas de crianças e adolescentes (Dias-Viana & Gomes, 2019), sua utilização na avaliação de TDAH se dá através da necessidade inicial de descarte de uma possível deficiência intelectual da criança e também na identificação de dificuldades relacionadas a memória e atenção que são alterações encontradas em indivíduos portadores de TDAH e que podem ser verificados através do índice de memória operacional (Bütton & Figueiredo, 2019). As tarefas que envolvem este índice exigem a capacidade de atenção, concentração, controle mental e raciocínio, relacionada diretamente ao desempenho escolar e a aprendizagem (Weiss, Saklofske, Prifitera & Holdnack, 2017).

Tabela 2

Instrumentos utilizados nos estudos para avaliar TDAH

	Instrumento	Ano e Autor	Artigos	País de origem	Adaptação ao Brasil	Tipo de aplicação	Respondente	Tipo de TDAH	Outros construtos avaliados
PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1812332/CA	Questionário Swanson, Nolan and Ham IV scale (SNAP - IV)	Swanson, Nolan & Peham (2001)	12	EUA	Mattos, Pinheiro-Serra, Rohde e Pinto (2006)	Individual	Pais ou professores	Subtipo combinado	Transtorno opositor desafiante
	Questionário de Habilidades e Deficiências (SDQ)	Goodman (1997)	3	EUA	Fleitlich, Cartázar e Goodman (2000)	Individual	Pais ou professores	Subtipo hiperativo	Problemas emocionais, de relacionamento e no comportamento pró-social.
	Escala de TDAH	Benczik (2000)	3	Brasil	Benczik (2000)	Individual	Professores e pais	Subtipo combinado	Problemas de aprendizagem e de comportamento antissocial.
	Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor (EACI- P)	Conners (1973)	3	EUA	Brito (2006)	Individual	Professores	Subtipo combinado	Problema de conduta, funcionamento, independência, socialização positiva e negativa, neurotismo e ansiedade.
	Child Behavior Checklist (CBCL)	Achenbach (1991)	2	EUA	Bordin, Mari e Caeiro (1995)	Individual	Pais ou responsáveis	Subtipo combinado	Agressividade, ansiedade, depressão, quebra de regras, queixas somáticas, problemas sociais e de pensamento, atividades da criança, interação social e desempenho escolar.
	Escala Conners para pais (CPRS-R)	Conners, (1978)	2	Austrália	Barbosa, Dias e Gaião (1997)	Individual	Pais e professores	Subtipo hiperativo	Comportamento opositor, perfeccionismo, problemas sociais e psicossomáticos.
	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças- WISC	Wechsler (1991)	2	EUA	Figueiredo, Pinheiro e Nascimento (1998)	Individual	Criança	Subtipo desatento	Compreensão verbal, organização perceptual, memória operacional, velocidade processamento e quociente intelectual.
	Childhood Executive Functioning Inventory CHEXI)	Thorell Lindqvist, Nutley, Bohlin & Klingberg (2008)	1	EUA	Trevisan, Dias, Berberian, e Seabra (2017)	Individual	Pais e professores	Não especificado	Memória de trabalho, inibição, autorregulação e planejamento.

Descrição dos artigos psicométricos

Foi identificado um artigo que tinha como objetivo a tradução, adaptação e evidência das propriedades psicométricas da versão brasileira do *Childhood Executive Functioning Inventory* – CHEXI (Trevisan *et al.*, 2017). Foi criada por Thorell, Lindqvist, Nutley, Bohlin e Klingberg (2008), e adaptada ao contexto brasileiro por Trevisan, Dias e Seabra (2017). O instrumento é destinado a pais e professores e é composto por 26 itens que são agrupados em quatro subescalas: memória de trabalho, planejamento, controle inibitório e autorregulação (Trevisan *et al.*, 2017). As respostas são fornecidas por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de (Definitivamente falso à Definitivamente verdadeiro). Embora esse instrumento não avalie especificamente sintomas de TDAH, avalia habilidades executivas que são construtos relevantes no diagnóstico de TDAH. A amostra utilizada para investigação das propriedades psicométricas do instrumento foi composta por 408 crianças, de ambos os sexos, na idade entre quatro e sete anos, estudantes do ensino infantil I, II e do primeiro ano do Ensino Fundamental de escolas municipais de São Paulo (Trevisan *et al.*, 2017).

A análise da precisão da CHEXI, revelou índices elevados, com alfa de Cronbach de 0,94 para CHEXI administrado aos pais e 0,98 para os professores. No estudo foram calculados alfa considerando só a pontuação geral da CHEXI e não foram calculados os alfas para cada subfator. A análise fatorial exploratória encontrou dois fatores para a CHEXI, que explicam 76,92% da variância total, sendo que o primeiro caracteriza um fator mais geral de funções executivas, enquanto o segundo apresenta itens das subescalas de regulação e controle inibitório e apenas um item da subescala de memória de trabalho. Finalmente a análise de regressão linear múltipla usada para verificar se a pontuação na CHEXI pode prever os indicadores de TDAH avaliados pela SNAP-IV revelou três habilidades executivas (controle inibitório, planejamento e auto regulação), que explicaram 66,7% da variabilidade em desatenção alcançando contribuição significativa ($p < 0.02$), enquanto a memória de trabalho alcançou um nível marginal de significância ($p < 0.06$). Por sua vez, considerando os indicadores de hiperatividade/impulsividade, o controle inibitório foi a única habilidade executiva que alcançou nível significativo ($p < 0.001$), explicando 61% da variabilidade no indicador (Trevisan *et al.*, 2017).

Considerações finais

O TDAH é uma condição que merece investigação devido a sua elevada prevalência, sua associação com outras comorbidades psiquiátricas, a persistência na vida adulta e prejuízos que se estendem a diversas áreas da vida destes indivíduos. Os resultados encontrados nos estudos recuperados, evidenciaram que a maioria deles, possuíam alguma variável ou comorbidade associadas ao transtorno, motivo pelo qual reforça-se a importância do desenvolvimento de estudos com análises estatísticas robustas que possam avaliar e determinar os fatores e as comorbidades associadas a esse transtorno.

Mesmo sendo relevantes para a avaliação do TDAH, nota-se a carência de instrumentos específicos para avaliar seus sintomas. Observa-se que, em sua maioria, os instrumentos encontrados na literatura são desenvolvidos para avaliar outros transtornos, avaliando os sintomas de TDAH de forma secundária, o que acaba por tornar o diagnóstico ainda mais complexo. A ênfase no instrumento para auxílio da avaliação de TDAH em específico, assiste mais precisamente no diagnóstico, na organização e no planejamento de medidas interventivas.

Verificou-se ainda, a escassez de informação nos estudos sobre as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados. É esperado que as informações como dados sobre a construção, adaptação, validação e consistência interna, sejam expostas de forma clara e objetiva para que se possam garantir a qualidade dos instrumentos utilizados.

Este estudo apresentou informações a respeito de pesquisas e a utilização de diversos instrumentos adaptados ao contexto brasileiro para investigação dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças. Por se tratar de um tema relevante, dada sua prevalência e seu impacto no desenvolvimento, salienta-se a relevância de novas pesquisas que visem auxiliar através dos instrumentos utilizados, a identificação mais precisa e ágil do transtorno, podendo contribuir para uma melhor qualidade de vida de crianças portadoras do TDAH. Espera-se, portanto que, esse estudo motive outros pesquisadores na busca de novos conhecimentos, sobre essa temática.

3 Artigo Empírico

Sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares cariocas.

Millena Cardoso dos Santos Diogo, Juliane Callegaro Borsa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar os sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares cariocas. Além de investigar se há correlação entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas emocionais e/ou comportamentais, objetiva ainda identificar se há diferença significativa entre sexos e estudantes de escolas públicas e privadas para as mesmas variáveis e se há diferenças de média entre crianças de diferentes faixas etárias em relação aos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas emocionais e problemas comportamentais. Participaram 386 crianças em idade escolar entre sete e 13 anos ($M= 9,46$; $DP= 1,34$), de escolas públicas e privadas de ambos os sexos ($n=214$ meninas; $n= 172$ meninos). Os participantes foram convidados a preencher o *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* e os responsáveis ao *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Os resultados indicaram correlações positivas para problemas de atenção/emocionais e problemas de atenção/comportamentais, além de diferenças entre sexo e problemas atencionais e comportamentais. Não foram identificadas diferenças significativas entre sexo e problemas emocionais e nem diferença entre escolas públicas e privadas e faixas etárias distintas para nenhuma das variáveis. Esses dados contribuem para uma compreensão mais ampla da relação entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e as demais variáveis envolvidas.

Palavras-chave:

Déficit de atenção; hiperatividade; crianças; problemas de comportamento.

Abstract

The aim of the study is to identify symptoms of hyperactivity and attention deficit in a sample of children cariocas and to identify differences in the levels of these symptoms among boys and girls, students from public and private schools and children of different age groups. 386 school-aged children between seven and 13 years participated ($M= 9.46$; $SD= 1.34$), public and private schools ($n= 214$ girls; $n= 172$ boys). Participants answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and caregivers answered the Child Behavior Checklist (CBCL). Results indicate positive correlation between attention and emotional problems and between attention and behavior problems. Boys presented higher levels of attention problems and behavior problems. There was no difference between the two groups for emotional problems. When participants were grouped between age ranges and public or private school, there were no significant differences for symptoms of hyperactivity and attention deficit. These data contribute to a broader understanding of the relationship between symptoms of hyperactivity and attention deficit and the other variables used.

Keywords:

Attention deficit; hyperactivity; children; behavior problem.

Introdução

O transtorno denominado Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), segundo a quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V), pode ser compreendido como um transtorno do neurodesenvolvimento com a presença de sintomas de déficit de atenção, impulsividade e/ou hiperatividade. Esses sintomas iniciais devem aparecer antes dos 12 anos de idade e serem persistentes em mais de dois contextos por, pelo menos, seis meses (American Psychiatric Association- APA, 2014). O DSM-V (APA, 2014), divide o TDAH em três subtipos: 1) com predomínio na desatenção, 2) com predomínio de hiperatividade/impulsividade e 3) o subtipo combinado. O subtipo desatento é caracterizado por sintomas comportamentais como distração em conversas, falta de atenção no qual aparenta não ouvir o que lhe é dito, ou não presta atenção nos detalhes, certa resistência em atividades que demandam organização, dificuldade em cumprir regras ou permanecer atento em atividades lúdicas. O subtipo hiperativo/impulsivo é manifestado por dificuldade em manter-se sentado e aguardar sua vez em algumas atividades, fala e movimentação excessiva principalmente durante o sono e comportamento de inquietude. No subtipo combinado, sua principal característica é a combinação dos dois subtipos anteriores, com a presença de seis ou mais sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade (APA, 2014).

A etiologia do TDAH parece ser multifatorial, derivada da combinação de fatores ambientais, biológicos e genéticos (ABDA, 2017). Contudo, esses não são os únicos fatores que podem estar relacionados à etiologia do TDAH, a prematuridade (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011), o baixo peso ao nascer e a exposição durante o período de gestação a substâncias como álcool e tabaco, são alguns exemplos de fatores associados a um maior risco de desenvolvimento do transtorno (Hora, Silva, Ramos, Pontes & Nobre, 2015). Alguns autores relatam a existência de influências do meio em que a pessoa convive, sendo o ambiente um fator que pode amenizar ou exacerbar os sintomas de TDAH, através de influências negativas ou o incentivo de um desenvolvimento mais saudável (Benedetti & Anache, 2014; Fernandes, Dell’Agli & Ciasca, 2016).

Segundo a ABDA (2020), o TDAH também é cercado de mitos e crenças errôneas desprovidas de embasamento científico. Algumas dessas falsas crenças

estão relacionadas a: que as crianças com TDAH não tem diferença alguma com as demais; os sintomas de TDAH normalmente desaparecem na fase final da adolescência; não é necessário tratamento pois na infância o TDAH trás poucas consequências; só o uso de medicamentos pode resolver todos os casos de TDAH. Enfim, todas essas crenças errôneas favorecem somente o prejuízo em um bom diagnóstico e no tratamento do transtorno.

A prevalência de TDAH (isto é, o número de pessoas com diagnóstico em uma amostra representativa da população) Sayal, Prasad, Daley, Ford & Coghill (2018), tem sido objeto de estudo fornecendo dados sobre a severidade do transtorno, idade e gêneros mais afetados, fatores psicossociais e frequência relacionadas (Díaz, Jiménez, Rodríguez & Afonso, 2013).

Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde (2015), conduziram um estudo de metanálise acerca da prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes, residentes em diferentes continentes. Dentre os achados, constatou-se que a prevalência de TDAH estimada entre crianças/adolescentes de seis a 18 anos foi de 3,4% [95% IC 2.6-4.5]. Em outra revisão sistemática e metanálise, com dados da Europa, América do Norte, Oceania, Oriente Médio, África e América do Sul, foi identificada uma prevalência de TDAH de 7,2% [95% IC 6.7-7.8] (Thomas, Sanders, Doust, Beller & Glasziou, 2015). Um estudo sobre prevalência de TDAH em crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre dez e 17 anos, de uma escola pública de Salvador (BA), identificou uma prevalência de TDAH de 16,6% (Oliveira, Ragazzo, Barreto & Oliveira, 2016). Arruda, Querido, Bigal e Polanczyk (2015), num estudo com 1.830 crianças, com idades entre cinco a 13 anos, consideram que a prevalência brasileira para TDAH gira em torno de 5,1% [95% IC 4.2- 6.2] o que não difere dos dados encontrados mundialmente.

Um estudo conduzido no Reino Unido sugere que meninos têm uma probabilidade cinco vezes maior de serem diagnosticados com TDAH do que meninas (O'Leary, Bourke & Ansell, 2014). Outro estudo conduzido nos Países Baixos indica que os meninos têm uma probabilidade de três a oito vezes maior de receber medicamentos para TDAH do que as meninas (Donker, Groenhof & Vanderveen, 2005). Com isso, verifica-se que o TDAH é mais comum em meninos do que em meninas (Sayal *et al.*, 2018), com uma proporção estimada de dois a três casos do diagnóstico para meninos para cada caso em meninas (Erskine *et al.*, 2013; Sayal *et al.*, 2018; Willcutt, 2012).

Essa disparidade pode ocorrer por conta da dificuldade em reconhecer o TDAH em meninas (Sayal *et al.*, 2018). Meninas tendem a apresentar maiores problemas de atenção do que impulsividade e hiperatividade (Mowlem, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2019). Além disso, as meninas apresentam uma prevalência maior de sintomas internalizantes, como de ansiedade e depressão (Garnefski & Kraiji, 2018; Quinn, 2008), o que pode acabar levando a um diagnóstico distinto, pelo fato desses sintomas poderem mascarar a presença de sintomas de hiperatividade e déficit de atenção. Em contraste, os meninos comumente apresentam mais comportamentos de impulsividade, hiperatividade, além de comportamento opositor/desafiador e problemas de conduta (Quinn, 2008; Mowlem *et al.*, 2019). É relevante citar o estudo de Mowlem *et al.* (2019), no qual identifica que as meninas podem ter uma maior dificuldade no diagnóstico de TDAH a menos que apresentem problemas externalizantes notáveis (Mowlem *et al.*, 2019).

Além do sexo, outra variável sociodemográfica importante para a compreensão da prevalência do TDAH é o status socioeconômico (Saya *et al.*, 2018). Poucos estudos, entretanto, buscaram estratificar a prevalência de TDAH com base nessa variável e os resultados são inconclusivos (Saya *et al.*, 2018). Uma pesquisa conduzida por Lingineni *et al.* (2012), nos Estados Unidos identificou que áreas com maiores níveis de privação econômica apresentaram maior prevalência de TDAH em comparação às áreas com menores níveis de privação econômica. Um estudo de DuPaul, Morgan, Farkas, Hillemeier e Maczuga (2017), identificou que crianças que apresentavam desvantagens tanto comportamentais quanto socioeconômicas, apresentaram maiores prejuízos acadêmicos e sociais. Uma pesquisa americana com 109 crianças de idade entre três a seis anos investigou influências entre sexo, etnia, status socioeconômico e a associação com sintomas de TDAH, os resultados apontam que em específico, a renda familiar foi associada ao aumento dos sintomas de TDAH, além dos resultados sugerirem que crianças com múltiplos fatores de risco sociodemográficos (como ser do sexo masculino e de minoria étnica), apresentaram um maior risco para manifestação dos sintomas de TDAH e disfunção executiva (Martel, 2013).

Um estudo conduzido por Reale *et al.* (2017), identificou comorbidades associadas ao TDAH em uma amostra composta por 2.861 crianças e adolescentes italianos, com idade entre cinco e 17 anos. Os pesquisadores identificaram que as

comorbidades mais fortemente associadas ao transtorno foram: os transtornos de aprendizagem, problemas relacionados ao sono, ansiedade e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Um estudo de revisão sistemática de Schmitt e Morando (2017), identificou que crianças com TDAH apresentam prejuízos no âmbito escolar e notas inferiores a crianças sem o transtorno. Segundo os autores, o TDAH pode impactar negativamente o desempenho escolar das crianças, já que a escola é um ambiente regido por regras e pela necessidade de se manter a atenção por um tempo prolongado. Moura, Silva e Silva (2019), afirmam que dificuldades na leitura ou na escrita estão presentes em todos os subtipos de TDAH.

O transtorno de ansiedade também é uma comorbidade identificada em cerca de 25% dos pacientes com TDAH (Halldorsdottir *et al.*, 2015; Virtuoso, 2016). Estudo de Xia, Shen e Zhang (2015), com crianças chinesas de sete a 10 anos, aponta que 18% daquelas portadoras de TDAH também apresentaram sintomas de ansiedade (TA). Crianças diagnosticadas com TDAH apresentam problemas frequentes no ambiente familiar, social e acadêmico (Brown, 2001). Essas dificuldades podem levá-las a apresentar autoestima baixa, sentimentos de incapacidade e inadequação, podendo aumentar os sintomas de ansiedade (Brown, 2001). De acordo com o estudo de Gordon-Lipkin, Marvin, Law e Lipkin (2018), crianças com TDAH tem risco aumentado de comorbidade com sintomas de ansiedade e transtornos do humor. Em termos de diagnóstico comórbido, os sintomas de depressão estão mais associados ao TDAH do que os sintomas de ansiedade (Becker, Langberg, Evans, Girio-Herrera & Vaughn, 2015). Resultados obtidos no estudo de González-Castro, Rodríguez, Cueli, García, Alvarez-García (2015), no qual foram avaliadas 220 crianças com idades entre seis e 12 anos, destacam que altos níveis de ansiedade foram identificados em crianças com TDAH, aumentando a dificuldade de atenção. Segundo os autores, isso indica que crianças com TDAH tem maior vulnerabilidade para desenvolverem transtornos de ansiedade e que a sintomatologia do TDAH tende a agravar na medida que os níveis dos sintomas de ansiedade aumentam.

Estima-se que cerca de 15% dos pacientes com TDAH apresentam risco de desenvolver transtornos do humor como a depressão (Spencer, Biederman & Mick, 2007), justamente pelos prejuízos na autoestima, na vida acadêmica, no relacionamento familiar e social causados pelo TDAH (Barkley, 2012). No estudo de Eyre *et al.* (2017), realizado com 696 crianças do Reino Unido, com idade média

de dez anos, foram observadas associações entre TDAH e sintomas de irritabilidade, depressão e ansiedade. Esses resultados reforçam a hipótese de que a irritabilidade pode ser um marcador precoce de problemas de humor em crianças com TDAH.

Estudos apontam que a comorbidade com o TOD apresenta prevalência de 25 a 50% dos casos de indivíduos com TDAH (Amiri *et al.*, 2013; Bakare, 2012 & Farbstein, Mansbach-Kleinfeld, Auerbach, Ponizovsky & Apter, 2014). Um padrão de desobediência, agressividade, desafio as regras, culpabilização dos outros pelos seus próprios erros, são exemplos dos sintomas típicos do TOD e que levam o indivíduo a um prejuízo na vida acadêmica, social e familiar (APA, 2014). De acordo com Grevet, Salgado, Zeni e Abreu (2007), os pacientes com TDAH e TOD apresentam uma chance maior de apresentar comportamentos agressivos, baixo desempenho escolar e problemas de interação com os pares, comparados a pacientes com o diagnóstico exclusivo de TDAH ou de TOD. Segundo os autores, o TOD intensificaria as características de impulsividade e isolamento do TDAH.

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo é 1) investigar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças escolares cariocas. Ainda, o estudo objetiva 2) investigar se há diferenças nos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e de outros problemas emocionais e comportamentais entre meninos e meninas, bem como 3) investigar se existem diferenças entre estudantes de escolas públicas e privadas e de diferentes idades para as variáveis em questão.

A primeira hipótese do estudo é de que os níveis de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, assim como os níveis de problemas comportamentais, serão maiores nos meninos do que nas meninas (Mowlem *et al.*, 2019; Sayal *et al.*, 2018). Por outro lado, espera-se que os níveis de problemas emocionais sejam mais elevados nas meninas (Garnefski & Kraiji, 2018). Outra hipótese é que haverá correlação significativa entre sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas emocionais e comportamentais na presente amostra (Reale *et al.*, 2017; Schei, Jozefiak, Novik, Lydersen & Indredavik, 2013). Não foi elaborada uma hipótese específica para diferenças entre as variáveis em crianças de diferentes faixas etárias e nem para estudantes de escolas públicas e privadas. A diferenciação dos níveis dos sintomas entre estudantes de escolas públicas e privadas no Brasil, por exemplo, contribuiria para uma melhor compreensão sobre a associação dos

sintomas de déficit de atenção e hiperatividade com aspectos socioeconômicos (Saya *et al.*, 2018). De acordo com Assis, Avanci e Oliveira (2009), problemas de saúde mental são mais frequentes em crianças expostas a fatores de vulnerabilidade, como condições socioeconômicas e de segurança precárias, maus-tratos, carência de assistência médica e baixos níveis educacionais dos cuidadores. Sabe-se que no Brasil, as crianças que frequentam escolas públicas são, em sua maioria, oriundas de famílias com nível socioeconômico mais baixo, o que explica a prevalência de problemas emocionais e comportamentais nesse grupo, quando comparado aos estudantes de escolas privadas (Borsa, Souza & Bandeira, 2011).

Importante pontuar que o presente estudo discutirá os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e não o diagnóstico de TDAH, o qual demanda uma investigação clínica e interdisciplinar, com uso de múltiplos métodos avaliativos, tais como a aplicação de testes psicológicos, entrevistas com os pais, com as crianças/adolescentes e com professores, além de uma investigação minuciosa do histórico do paciente (Graeff & Vaz, 2008).

Método

Participantes

A amostra do estudo foi composta por 386 respondentes (82,6% do sexo feminino com idades entre 26 e 63 anos ($M = 38,57$; $DP = 7,02$). Desses, a maioria ($n = 344$; 89,1%) era composta por residentes da cidade do Rio de Janeiro; ($n = 41$; 10,6%) de Niterói e ($n = 1$; 0,3%) de Duque de Caxias. Em relação as crianças ($n = 214$; 55,4%) eram do sexo feminino e ($n = 172$; 44,6%) eram do sexo masculino, com idades variando entre sete e 13 anos ($M = 9,46$; $DP = 1,34$). Em relação ao tipo de escola ($n = 204$; 52,8%) eram estudantes de escola pública e ($n = 182$; 47,2%) estudantes de escola privada do ensino fundamental. Em relação a série escolar ($n = 126$; 32,6%) das crianças cursavam o quarto ano do Ensino Fundamental (EF); ($n = 120$; 31,1%) cursavam o terceiro ano do EF; ($n = 100$; 25,9%) cursavam o quinto ano do EF; ($n = 23$; 6%) cursavam o segundo ano do EF; ($n = 4$; 1%) cursavam o primeiro ano do EF e ($n = 4$; 1%) cursavam o sexto ano do EF. Uma parte dos respondentes ($n = 9$; 2,3%) não declararam o ano que a criança cursava na escola. No total, crianças, adolescentes e adultos responderam aos questionários, os

participantes foram convidados a preencher o *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* e os responsáveis ao *Child Behavior Checklist (CBCL)*.

Instrumentos

Child Behavior Checklist – CBCL 6/18 (Achenbach, 2001). Foi utilizada a versão do instrumento validada para o contexto brasileiro por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Trata-se de um questionário destinado aos pais/cuidadores que visa investigar problemas emocionais, comportamentais e de competências sociais em crianças/adolescentes com idade entre seis e 18 anos. É uma escala tipo Likert de três pontos, variando de (Não verdadeira a Frequentemente verdadeira) e composto por 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação de competências sociais e 118 para avaliação de problemas emocionais e de comportamento. Os itens distribuem-se em 11 escalas: as escalas “Atividades”, “Social” e “Escolar” compõem a “Escala de Competência Social”. As outras oito escalas, sendo elas, “Ansiedade-Depressão”, “Isolamento-Depressão”, “Queixas Somáticas”, “Problemas Sociais”, “Problemas de Pensamento”, “Problemas de Atenção”, “Comportamento de quebrar Regras/Delinquência” e “Comportamento Agressivo” compõem a “Escala Total de Problemas de Comportamento”. Para esse estudo, foi utilizada apenas a escala “Problemas de Atenção”. Essa escala faz parte de um conjunto de escalas do CBCL orientadas pela quarta edição do DSM-IV (APA, 1994). Seus itens são consistentes com a descrição dos tipos desatento e hiperativo/impulsivo. Embora os escores não ofereçam um diagnóstico, sugerem problemas em áreas específicas e permitem identificar crianças que podem beneficiar-se de uma avaliação psicológica e ou psiquiátrica (Bordin *et al.*, 2013).

The Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1997). Trata-se de um questionário norteamericano de rastreamento (screening) de problemas de saúde mental, proposto para avaliar o comportamento de crianças e adolescentes dos quatro aos 16 anos (Saur & Loureiro, 2014). A versão brasileira foi adaptada por Fleitlich, Cartázar e Goodman (2000). É um instrumento elaborado em duas versões, cujo os respondentes podem ser os pais ou professores, e na segunda como autorrelato. As respostas são fornecidas por meio de uma escala tipo Likert de três pontos, variando de (Não é verdade à certamente verdadeiro). O questionário é composto por 25 itens que são distribuídos em cinco escalas (sintomas de ansiedade e/ou depressão, problemas de conduta,

hiperatividade/déficit de atenção, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social). Para esse estudo em especial, foi utilizada a escala sintomas de ansiedade e/ou depressão e a de problemas de comportamento. Importante pontuar que na versão original, essa escala é denominada “emotional problems”. Assim, optou-se pela nomenclatura original, “problemas emocionais”.

Procedimentos éticos e coleta dos dados

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Prevalência dos comportamentos agressivos em crianças escolares da cidade do Rio de Janeiro”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ (CAEE: 57966816.3.0000.5282)). A coleta de dados, compreendeu a aplicação presencial e coletiva em sala de aula, de instrumentos padronizados com as crianças, além, do envio de um conjunto de instrumentos padronizados para pais ou seus responsáveis com o objetivo de investigar indicadores de comportamentos agressivos e de outros problemas emocionais e comportamentais das crianças. Especificamente para o presente estudo, foram considerados os resultados dos instrumentos *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ* (Goodman, 1997), respondido pelas crianças e o *Child Behavior Checklist – CBCL 6/18* (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001), respondido pelos cuidadores. Quanto aos cuidados éticos, a pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/12 (Conselho Nacional de Saúde- Brasil). Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as crianças participantes assentiram sua participação mediante assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurada a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), adotando como parâmetro o nível de significância menor ou igual 0,05. Foram testadas correlações bivariadas de Pearson para avaliar possíveis associações entre os escores da escala “problemas de atenção” mensurados pela CBCL (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) e “problemas de comportamento e emocionais” mensurados pela SDQ (Goodman, 1997). Utilizou-se o Teste *t de student* para avaliar se há diferença nos escores de

problemas de atenção mensurados pela CBCL (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) entre meninos e meninas e entre estudantes de escolas públicas e privadas. Por fim, foi realizada também uma análise de variância (ANOVA) para mensurar diferenças nas médias dos escores de atenção em crianças de diferentes faixas etárias. Para tornarem viáveis as análises de comparação entre crianças de diferentes faixas etárias, observou-se a distribuição da frequência de idades das crianças. Em ordem crescente (n= 19; 4,9%) tinham sete anos de idade; (n= 90; 23,3%) tinham oito anos; (n= 87; 22,5%) tinham nove anos; (n= 102; 26,4%) tinham dez anos; (n= 64; 16,6%) tinham 11 anos; (n= 19; 4,9%) tinham 12 anos e (n= 5; 1,3%) tinham 13 anos de idade. Optou-se por ordenar as crianças em faixas etárias de forma que, as de sete e oito anos compunham uma faixa etária, as crianças de nove e dez anos compunham outra faixa etária e as crianças de 11, 12 e 13 anos também compunham outra faixa etária.

Resultados

As análises de correlação de Pearson indicaram correlações positivas e estatisticamente significativas entre problemas de atenção, mensurados pela CBCL (Achenbach, 1991) e problemas emocionais, mensurados pela SDQ (Goodman, 1997); $R= 0,15$; $p= 0,003$. Também identificaram correlações positivas e significativas entre problemas de atenção e problemas comportamentais, mensurados pela SDQ (Goodman, 1997), $R= 0,19$; $p<0,0001$. Em relação ao sexo, identificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias de problemas de atenção entre meninos ($M= 0,52$; $DP= 0,37$) e meninas ($M= 0,39$; $DP= 0,32$), $t(339,96)= -3,56$; $p<0,0001$; 95%IC= $-0,20(-0,60)$; Hedge's $g= 0,39$. Também identificou-se diferenças significativas entre as médias de problemas comportamentais entre meninos ($M= 6,23$; $DP= 1,87$) e meninas ($M= 5,72$; $DP= 1,61$); $t(338,16)= -2,82$; $p= 0,005$; 95%IC= $-0,86(-0,15)$; Hedge's $g= 0,29$. Não identificou-se diferenças significativas entre as médias de problemas emocionais entre meninos ($M= 8,93$; $DP= 2,20$) e meninas ($M= 8,63$; $DP= 2,35$); $t(384)= 1,28$; $p= 0,20$; 95%IC= $-0,16 -0,75$. Hedge's $g= 0,13$.

Em relação ao tipo de escola, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre estudantes de escola pública e privada para nenhuma das variáveis. A média de problemas de atenção dos estudantes de escolas públicas foi 0,48 ($DP= 0,35$), enquanto a dos estudantes de escolas privadas foi 0,42

(DP= 0,34); $t(384)= 1,54$; $p=0,12$; 95%IC= -0,015-0,12; Hedge's $g = 0,18$. A média de problemas comportamentais dos estudantes de escolas públicas foi 6,04 (DP= 1,69) e dos de escolas privadas foi 5,85 (DP= 1,81); $t(384)= 1,11$; $p= 0,27$; 95%IC= -0,15 -0,55; Hedge's $g = 0,10$. A média de problemas emocionais dos estudantes de escolas públicas foi 8,80 (DP= 2,22), enquanto a dos de escolas privadas foi 8,79 (DP= 2,22); $t(384)= 0,06$; $p= 0,95$; 95%IC -0,44- 0,47; Hedge's $g = 0,00$.

Ainda, não foram identificadas diferenças de média para problemas de atenção entre as três faixas etárias de sete a oito anos ($M= 0,41$; DP= 0,33); de nove a dez anos ($M= 0,44$; DP= 0,35) e de 11 a 13 anos ($M= 0,52$; DP= 0,35); $F(2)= 2,77$; $p= 0,064$. Também não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias de problemas comportamentais de crianças de sete a oito anos ($M= 6,12$; DP= 2,01); de nove a dez anos ($M= 5,79$; DP= 1,61) e de 11 a 13 anos ($M= 6,09$; DP= 1,68); $F(2)= 1,61$; $P= 0,20$. Por fim, também não foram identificadas diferenças de média para problemas emocionais entre crianças de sete a oito anos ($M= 8,64$; DP= 2,36); de nove a dez anos ($M= 8,89$; DP= 2,16) e de 11 a 13 anos ($M= 8,77$; DP= 2,40); $F(2)= 0,41$; $p= 0,66$.

Discussão

O diagnóstico de crianças com déficit de atenção e hiperatividade vem crescendo massivamente nos últimos anos, tal crescimento vem sendo confirmado por meio de dados epidemiológicos que indicam que cerca de 4 a 10% das crianças em território mundial são diagnosticadas com TDAH (Lacet & Rosa, 2017; ABDA, 2019). Em crianças, este transtorno do neurodesenvolvimento pode ser identificado já no período escolar (Nardi, Quevedo & Silva, 2015), afetando de 8 a 11% das crianças e sendo duas vezes mais comum em meninos. Indivíduos com déficit de atenção e hiperatividade principalmente do tipo combinado, apresentam cerca de 66% de possibilidade de apresentar comorbidade com outros transtornos (Reale *et al.*, 2017).

As comorbidades avaliadas no presente estudo, indicam que os problemas emocionais e comportamentais tiveram correlação positiva com problemas atencionais. Esses achados são consonantes com estudos de Reale *et al.* (2017) e Schei *et al.* (2013), no qual identificam que psicopatologias e outras variáveis estão associados aos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, como por exemplo, problemas emocionais (sintomas de ansiedade e de depressão) e comportamentais

(transtorno oppositor desafiador). Shei *et al.* (2013), apontam que o funcionamento familiar e a qualidade de vida de adolescentes com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade sem problemas emocionais ou de conduta adicionais é significativamente melhor do que para adolescentes com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e comorbidades com transtornos emocionais e problemas de conduta. Os autores também apontam que essa comorbidade pode aumentar substancialmente o comprometimento do indivíduo nas relações e ambientes em que convive. Um estudo de Reale *et al.* (2017), com crianças e adolescentes, indicam que 34% das crianças avaliadas atendiam aos critérios diagnósticos somente para déficit de atenção e hiperatividade e 66% tiveram pelo menos um distúrbio comórbido, indicando uma relação de associação de 10 a 40% para sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e sintomas de ansiedade e que o risco de sintomas de depressão em pacientes com déficit de atenção e hiperatividade parece ser em grande parte mediada pela co-ocorrência de transtornos comportamentais como o de conduta.

Ao investigar no presente estudo se existem diferenças entre meninas e meninos com relação a atenção, foi possível constatar que os meninos apresentam maior prevalência de problemas referentes à atenção e comportamento. Cabe pontuar que a literatura aponta maior prevalência de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade no sexo masculino (Sayal *et al.*, 2018; O’Leary, Bourke & Ansell, 2014). Uma possível explicação para o fenômeno é o fato de que as meninas apresentam sintomas mais relacionados a problemas atencionais e menos problemas hiperativos ou de conduta. Os problemas de atenção são menos perceptíveis do que os problemas comportamentais que se apresentam em maior frequência nos meninos, justificando a disparidade na prevalência do diagnóstico (Sayal *et al.*, 2018; Mowlem *et al.*, 2019).

Estima-se uma probabilidade de duas a cinco vezes maior de que os meninos sejam diagnosticados com sintomas de déficit de atenção e hiperatividade do que meninas (Sayal *et al.*, 2018). Uma explicação plausível para essa disparidade pode ser pelo fato da dificuldade em reconhecer esses sintomas em meninas e, uma associação entre o sexo masculino, déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de conduta (Cruzeiro *et al.*, 2008). As meninas por apresentarem uma prevalência de sintomas internalizantes, pode levá-las a um diagnóstico diferencial (Sayal *et al.*, 2018 & Garnefski & Kraiji, 2018), já os sintomas prevalentes no grupo masculino,

são aqueles conhecidos como problemas externalizantes, sendo aqueles comportamentos observados mais facilmente de modo direto, favorecendo melhor a identificação (Dorneles *et al.*, 2014).

A origem patogênica do déficit de atenção e hiperatividade ainda é incompleta, a noção de que é em sua essência, um distúrbio da conectividade cerebral disfuncional entre várias redes neurofuncionais tem ganhado ampla aceitação (Castellanos & Aoki, 2016; Gallo & Posner, 2016). Mas, até o presente momento, sua etiologia não é consensual, podendo estar associada a razões multifatoriais e de grande complexidade, com influências genéticas, hereditárias (Barkley *et al.*, 2012) e biológicas (Rotta, A. C. Bridi & F. R.. S. Bridi, 2016), não sendo possível identificar precisamente diferenças neurológicas e hormonais entre sexos.

Ao investigar se existe diferenças de média entre meninas e meninos com relação a problemas emocionais, não foi possível constatar essa diferença no presente estudo. Apesar da análise não indicar diferença significativa entre os sexos, a literatura aponta que as meninas tendem a apresentar uma prevalência nos níveis de problemas emocionais e sintomas internalizantes, como de ansiedade e de depressão, em comparação aos sintomas comportamentais, tais como comportamento opositor/desafiador e problemas de conduta que são mais relacionados aos meninos (Mowlem *et al.*, 2019 & Garnefski & Kraiji, 2018). Esses tipos de indicadores para problemas emocionais, acabam por dificultar o reconhecimento dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em meninas e portanto, a avaliação de aspectos emocionais merece maior atenção clínica na investigação do transtorno (Mowlem *et al.*, 2019; Sayal *et al.*, 2018). Um estudo com 677 crianças nascidas em São Paulo, com idades entre dez e 11 anos, mostrou as taxas de prevalência de alguns transtornos diferidos por sexo, os sintomas emocionais tiveram uma prevalência de 50,4% para meninos e 57,6% para meninas, a hiperatividade teve prevalência de 31,2% para meninos e 18,8% para meninas e os problemas de conduta apresentaram prevalência de 38,8% para meninos e 27,6% para meninas, o que vai de encontro aos demais dados apresentados com maior prevalência dos sintomas emocionais para o sexo feminino e de hiperatividade e problemas de conduta para o sexo masculino (Saur & Loureiro, 2014).

Um outro fator abordado na presente pesquisa foi quanto a prevalência da presença de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e uma possível discrepância entre estudantes das escolas pública e privada.

Em uma pesquisa feita para a compreender a relação entre as escolas e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, foi observada uma certa diferença entre a aceitação diagnóstica dos pais em escolas públicas e privadas. Além das dificuldades socioeconômicas e de da falta de acesso fácil aos tratamentos indicados aos alunos com TDAH de escolas públicas, os pais tem pouco conhecimento acerca do que realmente pode trazer de consequências esse transtorno. Já os pais de alunos de escola particular, tem um maior conhecimento e agilidade na busca por tratamento, sendo a renda um instrumento facilitador na solução desse problema, além também dos alunos de escola particular possuem uma maior vantagem com relação aos recursos que esse ambiente escolar pode proporcionar com relação ao auxílio no tratamento (Dallanora, Fensterseifer, Lawisch, Raabe & Areosa, 2017). Entretanto, com relação a prevalência da presença desses sintomas, não foi constatada diferença significativa de médias entre tais grupos no presente estudo. Tal resultado não vem sendo abordado em pesquisas nacionais ou internacionais, o que demanda novos estudos. Deste modo, para estudos futuros, faz-se necessário estudar a predominância de acordo com a renda familiar ao invés de uma investigação pelo tipo de escola que a criança frequenta.

Quanto às faixas etárias estabelecidas, não foram identificadas diferença significativa de médias para sintomas de problemas de atenção, problemas comportamentais e problemas emocionais. O que corresponde a outros achados da literatura como o estudo de Polanczyk *et al.* (2015), no qual conduziram um estudo de metanálise acerca da prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes de seis a 18 anos. O estudo incluiu dados de diferentes continentes e dentre os achados, a prevalência global de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade estimada foi de 5,29%. Neste estudo não foi evidenciado se existem idades específicas para a ocorrência da incidência do déficit. Em uma revisão bibliográfica de Wielewicki (2001), quatro estudos especificaram as queixas mais frequentes para cada idade, alguns comportamentos relacionados às faixas etárias se repetiram entre os estudos, como comportamentos agressivos que foram identificados em todos os quatro estudos. Foram utilizadas as faixas etárias: até cinco anos, de seis a nove anos e de dez a 12 anos, a queixa mais frequente às

crianças com até cinco anos de idade foi de comportamento agressivo. Para a faixa etária de seis a nove anos, os comportamentos mais frequentemente relatados foram: comportamento agressivo e de oposição, ansiedade, agitação, irritabilidade, além de dificuldades escolares como, dificuldades de aprendizagem, falta de atenção e desinteresse. Na faixa etária de dez a 12 anos, as dificuldades relacionadas à escola se mantiveram e também os comportamentos agressivos, verificados como uma das queixas principais em todas as faixas etárias (Wielewicki, 2011).

Considerações Finais

O presente estudo buscou identificar os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças escolares da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Buscou-se também, investigar associação entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas emocionais e/ou comportamentais e identificar se há diferença entre os níveis de tais sintomas, sexo, idade e tipo de escola (públicas e privadas). Para a coleta de dados, foram aplicados dois instrumentos amplamente utilizados na literatura nacional e internacional para rastreio de problemas emocionais/comportamentais em crianças e adolescentes: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) e Child Behavior Checklist (CBCL) respondidos pelas crianças e pelos cuidadores, respectivamente.

A relação entre sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, problemas emocionais e comportamentais encontrados no presente estudo corroboram os achados da literatura e a hipótese norteadora do presente estudo. Do mesmo modo, níveis mais elevados de tais sintomas em meninos também foram verificados, confirmando a hipóteses inicial. Outra associação esperada e corroborada pelos dados foi a identificação de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas comportamentais serem mais frequentes em meninos do que em meninas. Ao contrário do esperado, não foram encontrados maiores níveis de problemas emocionais em meninas e não foram encontradas diferenças entre crianças de diferentes faixas etárias e oriundas de escolas públicas e privadas no que se refere aos sintomas emocionais e comportamentais investigados.

Algumas limitações também podem ser observadas no presente estudo como, por exemplo, o perfil da amostra composta especificamente por crianças da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Salienta-se assim, a necessidade de novas investigações, com amostras mais amplas e diversificadas, que permitam

compreender melhor a relação entre problemas emocionais, comportamentais e características sociodemográficas. Tal discurso é especialmente importante no Brasil, dada a acentuada desigualdade social e econômica que, por sua vez, repercute de maneira significativa na qualidade de vida e no desenvolvimento global de crianças e adolescentes.

4. Conclusão

Os objetivos principais da presente dissertação foram realizar uma busca dos principais instrumentos psicométricos que vem sendo utilizados como rastreamento de déficit de atenção e hiperatividade em crianças no Brasil, além de investigar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças escolares cariocas. Esse objetivo foi desdobrado em outros objetivos específicos desenvolvidos ao longo de dois capítulos. O primeiro capítulo, composto pelo artigo de revisão sistemática intitulado “Instrumentos para avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” permitiu identificar 22 artigos finais com a maioria das amostras compostas por crianças em idades entre sete e 12 anos de ambos os sexos, o que vai de encontro a literatura que indica essa faixa etária como a melhor para a realização do diagnóstico, sendo a prevalência de duas a três vezes maior em meninos. Foram identificados nos estudos também, variáveis e transtornos associados ao déficit de atenção e hiperatividade como: prematuridade ou baixo peso, fluência verbal, funções executivas, habilidades motoras, transtorno oppositor desafiador e transtorno de conduta. O local de maior ocorrência de coleta de dados foi a escola, no qual pode ser justificado pela literatura como local de maior concentração de crianças, pais e professores, os principais respondentes dos instrumentos. Foram identificados também oito instrumentos, sendo os mais utilizados o Questionário Swanson, Nolan and Pelham- SNAP-IV, a Escala de TDAH e a Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor - EACI-P. Uma importante contribuição desse estudo a importância das informações a respeito de diversos instrumentos adaptados ao contexto brasileiro para investigação dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e as variáveis relacionadas ao transtorno. Como limitações, pode-se referir a carência de informações nos estudos sobre as propriedades psicométricas dos instrumentos.

O segundo capítulo composto pelo artigo intitulado “Sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças escolares cariocas”

permitiu identificar que há correlações positivas e estatisticamente significativas entre problemas de atenção, problemas emocionais e comportamentais, isso condiz com outros estudos no qual explicam a associação entre sintomas de déficit de atenção e hiperatividade com outras variáveis como sintomas de ansiedade, de depressão e transtorno oppositor desafiador. Em relação ao sexo, identificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias de problemas de atenção e comportamentais entre meninos e meninas, o que é consonante com a literatura no qual aponta uma prevalência maior de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade no sexo masculino, além de sintomas externalizantes que favorecem melhor a identificação. Não foram identificadas diferenças significativas entre as médias de problemas emocionais entre meninos e meninas, nem em relação ao tipo de escola e nem entre estudantes de escola pública e privada para nenhuma das variáveis. Ainda, não foram identificadas diferenças de média para problemas de atenção, problemas comportamentais e emocionais entre as faixas etárias estabelecidas nessas crianças. Como limitações, pode-se referir a à amostra composta apenas por crianças da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Dessa forma, sugere-se para estudos futuros, a investigação com amostras mais amplas e diversificadas, permitindo compreender melhor a relação entre problemas emocionais e comportamentais e características sociodemográficas, além de contribuir para a motivação de novas pesquisas que visem a construção de novos instrumentos específicos para a avaliação dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, auxiliando de forma mais efetiva a avaliação, o diagnóstico e a intervenção.

5. Referências bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior check-list/4-18*. Burlington: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Rescorla LA. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont.
- Alves, G., Neme, C., & Cardia, M. (2015). Avaliação neuropsicológica de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 9(4), 760-769. doi.org/10.21723/riaee.v9i4.7334.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* [Manual]. Porto Alegre, RS: Artmed. doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n2p96.
- American Psychiatric Association- APA. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Amiri, S., Shafee-Kandjani, A. R., Fakhari, A. Abdi, S. Golmirzaei, J., Akbari, R. Z. & Safikhanlo, S. (2013). Psychiatric Comorbidities in ADHD Children: An Iranian Study among Primary School Students. *Arch Iran Med* 16(9), 513–517. doi: 013169/AIM.006.
- Andrade. A. C. & Flores- Mendonza, C. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que nos informa a investigação dimensional?. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 17-24. doi.org/10.1590/S1413-294X2010000100003.
- Araújo, A. C. & Lotufo neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais. *Revista Brasileiraterapia comportamental cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v46n85/v46n85a11.pdf>
- Araújo, F. R., Vasconcelos, M. M. A., Kummer, A. M. Oliveira, E. A. & Lima, E. M. (2016). Prevalência de sintomas do trato urinário inferior em crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Med Minas Gerais*, 26(6), S7-S14. doi.org/10.5935/2238-3182.20160051.
- Arrudaa, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E. & Polanczyk, G. V. (2015). TDAH e estado de saúde mental em crianças brasileiras em idade escolar. *J Desordem atten*, 19(1), 11-17. doi: 10.1177 / 1087054712446811.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. C. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 92-100. doi: 10.1590/s0034-89102009000800014.

- Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). (2015). *Diagnóstico em crianças*. Recuperado de <http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas>.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). (2017). O que é TDAH?. Recuperado de <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>. Acesso em: 23 abr. 2020.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). (2020). TDAH: Mitos e suas consequências. Recuperado de <https://tdah.org.br/tdah-mitos-e-suas-consequencias/>. Acesso em: 25 junho. 2020.
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). (2019). Sobre o TDAH. Recuperado de <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>.
- Bakare, M. O. (2012). Attention deficit hyperactivity symptoms and disorder (ADHD) among African children: a review of epidemiology and comorbidities. *Afr J Psychiatry*, 15(5), 358–361. doi: 10.4314/ajpsy.v15i5.45
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., & Gaião, A. A. (1997). Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Connors en escolares de João Pessoa-Brasil. *Rev Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 5(3), 118-25. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=206793&indexSearch=ID>.
- Barini, N. S. & Hage, S. R. V. (2015). Vocabulário e compreensão verbal de escolares com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, *CoDAS*, 27(5), 446-451. doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015.
- Barkley, R. A. (2012). *Transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Robin, A. L., Lovett, B. J., Smith, B. H., Cunningham, C. E., ... & Hathway, W. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. (3º ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Becker, S. P., Langberg, J. M., Evans, S. W., Girio-Herrera, E. & Vaughn, A. J. (2015). Differentiating anxiety and depression in relation to the social functioning of young adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 1015-1029. doi:10.1080/15374416.2014.930689.
- Bellé, A. H., Andreazza, A. C., Ruschel, J. & Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325. doi.org/10.1590/S0102-79722009000300001.

- Benczik, E. B. P. & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97), 93-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000100010&lng=en&tlng=en.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benedetti, I. M. M., Anache, A. A. (2014). TDA/H Análise documental sobre a produção do conceito. *Psicologia Escola e Educação*, 18(3), 439-446. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n3/1413-8557-pee-18-03-0439.pdf>.
- Benko, C. R., Farias, A. C. & Cordeiro, M. L. (2011). Eating Habits and Psychopathology: Translation, adaptation and reliability of the Nutrition Behavior Inventory to Portuguese and its relation to psychopathology. *J Bras Psychiatry*, 60(4), 240-246. doi.org/10.1590/S0047-20852011000400002.
- Biederman, J., & Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(1), 237-248. doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2.
- Bordin, I. A. S. & Offord, D. R. (2000). Transtorno de conduta e comportamento anti-social. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 22(2), 12-15. doi.org/10.1590/s1516-44462000000600004.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista da ABP*, 17(2), 55-66. doi.org/10.1590/S1516-44462000000600015.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. & Silveiras, E. F. M. (2013). 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*, 29(1), 13-28. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M. & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57. doi.org/10.1590/s0102-37722001000100008.
- Bordini, D., Orsi, P., Gattás, I. G. & Mercadante, M. T. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: L. F. R. Falcão (Org.), *Manual de Psiquiatria – Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo*. Associação dos Médicos Residentes da Escola Paulista de Medicina, (pp. 314-318) São Paulo.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia:*

Teoria e Prática, 13(2), 15-29. Recuperado de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3440/2576>.

Braun, K. C. R., Marcilio, F. C. P., Corrêa, M. A., & Dias, A. C. G. (2019). Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura. *Contextos clínicos*, 12(2), 617-635. doi.org/10.4013/ctc.2019.122.11.

Brito, G. N. O. (2006). EACI-P – *Escala de avaliação do comportamento infantil para o Professor* [Manual]. Vetor: São Paulo, SP.

Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Amler, R. W., Feldman, H.M., Pierce, K., & Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. *Pediatrics*, 107(3), 43. doi.org/10.1542/peds.107.3.e43.

Bütton, C. S. & Figueiredo, V. L. M. (2019). O Índice de Memória Operacional do WISC-IV na Avaliação do TDAH. *Psico-USF*, 24(1), 109-117. doi.org/10.1590/1413-82712019240109.

Cabella, W., De Rosa, M., Failache, E., Fitermann, P., Katzkowicz, N., Medina, M., ... & Vigorito, A. (2015). Salud, Nutrición y desarrollo en la primera infancia em uruguay. Primeiros resultados de la endis. Mondevideo: INE. doi.org/10.20430/ete.v85i337.660.

Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. S. & Cozza, H. F. P. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Avaliação Psicológica* 6(1), 51-60. doi.org/10.11606/t.5.2014.tde-24022015-115036.

Capovilla, A. G. S., Cozza, H. F. Z., Capovilla, F. C., Macedo, E., C. (2005). Funções executivas em crianças e correlação com desatenção e hiperatividade. *Temas sobre Desenvolvimento*, 14(82), 4-14. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=533189&indexSearch=ID>.

Carvalho, A. P. & Santos, M. F. R. (2016). TDAH: da banalização ao diagnóstico. *Revista transformar*, 9(1), 184-202. Recuperado de <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/84/80>.

Castellanos, F. X. & Aoki, Y. (2016). Intrinsic Functional Connectivity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Science in Development. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 1, 253–261. doi: 10.1016/j.bpsc.2016.03.004.

Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Bulletin special issue on children*, 24(1), 24-29. doi.org/10.1007/BF00916752.

Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised*. New York: Multi-Health Systems Inc. *Journals*, 24(1), 83-97. doi.org/10.1177/153450849902401-409.

- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Cordioli, A. V., Gallois, C. B. & Isolan, L. (Org.). (2015). *Psicofármacos: consulta rápida*. (pp.572-579). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cruzeiro, A. L. C., Silva, R. A., Horta, B. L., Souza, L. D.M., Faria, A.G., Pinheiro, R.T. ... Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2013-2020. doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007.
- Davela, J. D. S. de C., & Almeida, J. Y. (2016). *TDAH: Revisão bibliográfica sobre definição, diagnóstico e intervenção* (Dissertação de mestrado). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Desidério, R. C. S., & Miyazaki, M. C. de O. S. (2007). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Revista Semestral da associação de Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-178. doi.org/10.1590/s1413-85572007000100018.
- Dias, G., & Badin, K. (2015). Comorbidades sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade - transtorno específico da aprendizagem. In A. E., Nardi, J. Quevedo, & A. G. da Silva (Org.). *Transtorno do déficit de atenção / hiperatividade: Teoria e clínica* (p. 131). Porto Alegre: Artmed.
- Dias-Viana, J. L. & Gomes, G. V. A. (2019). Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC): análise da produção de artigos científicos brasileiros. *Psic. Ver.*, 28(1), 9-36. doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p9-36.
- Díaz, A., Jiménez, J., Rodríguez, C., & Afonso, M. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología Y Educación*, 8(2), 155-170. Recuperado de: www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/96.pdf.
- Donker, G. A., Groenhouf, F., Vanderveen, W. J. (2005). Increasing trend in prescription of methylphenidate in general practices in the north-east of the Netherlands, 1998-2003. *Ned Tijdschr Geneesk*, 149(31), 1742-1747. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16114292>.
- Dorneles, B. V., Corso, L. V., Costa, A. C., Pisacco, N. M. T., Sperafico, Y. L. S. & Rohde, L. A. P. (2014). Impacto do DSM-5 no Diagnóstico de Transtornos de Aprendizagem em Crianças e Adolescentes com TDAH: Um Estudo de Prevalência. *Psicologia: reflexão e crítica*, 27(4), 759-767. doi: 10.1590/1678-7153.2014274167.
- DuPaul, G. J., Morgan, P. L., Frakas, G., Hillemeier, M. M. & Maczuga, S. (2017). Eight-year latent classes trajectories of academic and social functioning in

children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(5), 979-992. doi.org/10.1007/s10802-017-0344-z.

- Effgem, V., Canal, C. P. P., Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2017). A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - Processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 25(26), 34-45. doi.org/10.1590/1984-0292/991.
- Erbs, G. C. (2010). As várias formas de avaliação do TDAH na cidade de Joinville. *Psicologia o portal dos psicólogos*, 12(11), 15. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0540.pdf>.
- Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Nelson, P., Polanczyk, G. V., Flaxman, A. D., Vos, T., Whiteford, H. A. & Scott, J. G. (2013). Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1263–1274. doi:10.1111/jcpp.12144.
- Espírito Santo, J. L., Portuguese, M. W. & Nunes, M. L. (2009). Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *Journal de Pediatria*, 85(1), 35-49. doi.org/10.1590/S0021-75572009000100007 .
- Eyre, O., Langley, K., Stringaris, A., Leibenluft, E., Collishaw, S. & Thapar, A. (2017). Irritability in ADHD: associations with depression liability. *Journal of affective Disorders*, 215(1), 281-287. doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.050
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., RamosQuiroga, J. A., ... & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews disease primers*, 1(1), 1-23. doi.org/10.1038/nrdp.2015.20.
- Farbstein, I., Mansbach-Kleinfeld, I., Auerbach, J. G., Ponizovsky, A. M. & Apter, A. (2014). The Israel Survey of Mental health among adolescent: prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity, methylphenidate use and help seeking patterns. *Isr Med Assoc J*, 16(9),568-573. Recuperado de <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/92/46423.pdf>.
- Faria, A. M. D. B. & Cardoso, C. L. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, *Psico*, 47(3), 228-237. doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479.
- Fernandes, A. P. A., Dell' Agli, A. V. B. & Ciasca, S. M. (2016). O sentimento de vergonha em crianças e adolescentes com TDAH. *Psicologia e Estudo*, 19(2), 333-344. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/15.pdf> Acesso em 04 Jan. 2016.
- Figaro, R. A. D. S. (2009). Análise da afetividade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pelo método Rorschach - um enfoque Junguiano. In: Montiel, J. M., Capovilla, F. C. (Org.). *Atualização em Transtornos de Aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Figueiredo, V. L., Pinheiro, S. & Nascimento, E. (1998). Teste de inteligência WISC-III adaptando para a população brasileira. *Psicologia Escolar Educacional*, 2(2),101-107. doi.org/10.1590/s1413-85571998000200004.
- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1),44-50. doi.org/10.31766/revpsij.v35n3a4.
- Fliers, E. A., Franke, B., Lambregts-Rommelse, N. N., Altink, M. E., Buschgens, C. S., Nijhuis-van, S. M. W., ... & Buitelaar, J. K. (2009). Undertreatment of motor problems in children with ADHD. *Child Adolesc Ment Health*, 15(2), 85-90. doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00538.x.
- Fonseca, M. F. B. C., Muszkat, M. & Rizutti, S. (2012). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica. *Rev. Psicopedagogia*, 29(90), 330-339. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862012000300007&lng=en&tlng=en.
- Frassetto, S. S. & Bakos, D. D. G. S. (2010). Estilos parentais e práticas educativas de pais de crianças com TDAH: um estudo piloto. *Aletheia* 33(1), 6-17. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000300002&lng=en&tlng=en.
- Gallo, E. F. & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 555–567. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00096-1.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogni. Emot.* 32(7), 1401-1408. doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698.
- González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Alvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 105-112. doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.003.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 581-586. doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Gordon-Lipkin, E. Marvin, A. R, Law, J. K. & Lipkin. P. H. (2018). Anxiety and Mood Disorder in Children With Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), e20171377. doi: 10.1542/peds.2017-1377.
- Goulardins, J. B. (2010). *Perfil psicomotor de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade do tipo combinado* (Dissertação de mestrado). Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. SP. doi.org/10.11606/d.5.2011.tde-14042011-195808.

- Goyette, C. H., Conners, C. K. & Ulrich, R. F. (1978). Normative data in revised. Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 221-36. doi: 10.1007/bf00919127.
- Graeff, R. L. & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361. doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005.
- Graeff-Martins, A. S., & Fleitlick-Bilyk, B. (2016). Instrumentos de avaliação de uso na infância e adolescência. In C. Gorenstein, Y. P. Wang, & I. Hungerbuhler (Eds.), *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Zeni, G. & Abreu, B. P. (2007). Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 56(1), 34-38. doi.org/10.1590/S0047-20852007000500008.
- Guardiola, A. & Riesgo, R. S. (Org). (2016). *Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. (pp. 263-273). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Halldorsdottir, T., Ollendick, T. H., Ginsburg, G., Sherrill, J., Kendall, P. C., Walkup, J. ... Piacentini, J. (2015). Treatment outcomes in anxious youth with and without comorbid ADHD in the CAMS. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 985-991. doi: 10.1080/15374416.2014.952008
- Hamdan, A. C. & Bueno, O. F. A. (2005). Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 63-71. doi.org/10.1590/s1413-294x2005000100008.
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. P. (2015). The prevalence of ADHD: a literature review. *Psicologia*, 29(2), 47-62. doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031
- Jafferian, V. H. P., & Bahone, L. M. C. (2015). A construção e a desconstrução do rótulo do TDAH na intervenção psicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 32(98), 118-127. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000200002&lng=en&tlng=en.
- Kooistra, L., Crawford, S., Dewey, D., Cantell, M. & Kaplan, B. J. (2005). Motor Correlates of ADHD: Contribution of Reading Disability and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 195-206. doi.org/10.1177/00222194050380030201.
- Kureke, F. (2016). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH*. Curitiba. Recuperado de <https://www.psicopedagogiapsicologia.com.br/artigo.php?recordID=16>.

- Lacet, C. & Rosa, M. D. (2017). Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, 26(2), 231-253. doi: org/10.23925/2594-3871.
- Larroca, L. M. & Domingos, N. M. (2012). TDAH-Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1),113-123. doi.org/10.1590/S1413-85572012000100012.
- Lingineni, R. K., Biswas, S., Ahmad, N., Jackson, B. E., Bae, S., & Singh, K. P. (2012). *Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. BMC Pediatrics*, 12(1). doi:10.1186/1471-2431-12-50
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L. & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74. Recuperado de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S167704712005000100008&lngpt&nrmiso>>.
- Machado, A. C. & Almeida, M. A (2013). Identificação do desempenho acadêmico e comportamental de crianças com dificuldade de aprendizagem para participação em um programa de consultoria. *Revista Psicopedagogia*, 30(91), 21-30. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862013000100004&lng=en&tlng=en.
- Marcon, G. T. G., Sardagna, H. V., & Schussler, D. (2016). O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico preliminar do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Construção psicopedagógica*, 24(25), 99-118. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542016000100008&lng=en&tlng=en.
- Martel, M. (2013). Individual differences in attention deficit hyperactivity disorder symptoms and associated executive dysfunction and traits: Sex, ethnicity, and family income. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2), 165-175. doi: 10.1111/ajop.12034.
- Martin, N. C., Levy, F., Pieka, J. & Hay, D. A. (2006). A genetic study of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, oppositional defiant disorder and reading disability: Aetio-logical overlaps and implications. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 21-34. doi.org/10.1080/10349120500509992.
- Mattos, P. Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria*, 28(3), 290-7. doi.org/10.1590/s0101-81082006000300008.

- Mattos, P., Abreu, P. B. & Grevet, E. O. (2003). O TDAH no adulto: Dificuldades diagnósticas e de tratamento. In L. A. Rohde, & P. Mattos (Orgs.). *Princípios e Práticas em TDAH*. (pp. 219-236). Porto Alegre: Artmed.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S., Sayer, J. & Kleiman, S. (2002). Case-control study of ADHD and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, (2)41, 378-85. doi.org/10.1097/00004583-200204000-00009.
- Minahim, D. & Rohde, L. A. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and intellectual giftedness: a study of symptom frequency and minor physical anomalies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(4), 289-295. doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1489.
- Miranda, M. C., Barbosa, T., Muszkat, M., Rodrigues, C. C., Sinnes, E. G., Coelho, L. F. S., ... & Bueno, O. F. A. (2012). Performance patterns in Conners' CPT among children with attention deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 70(2),91-96. doi.org/10.1590/S0004-282X2012000200004.
- Miyahara, M., Piek, J. & Barrett, N. (2006). Accuracy of drawing in a dual-task and resistance-to-distraction study: motor or attention deficit?. *Human Movement Science*, 25(1), 100-109. doi.org/10.1016/j.humov.2005.11.004.
- Moura, L. T., Silva, K. P. & Silva, P. M. (2019). Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): um desafio na sala de aula. *Revista eletrônica acervo saúde*, 22(22), 1-7. doi.org/10.25248/reas.e611.2019.
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Lichtenstein, P., Asherson, P. & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(4), 481-489. doi: 10.1007/s00787-018-1211-3. Epub 2018 Aug 10.
- Muszkat, M., Miranda, M. C. & Rizzutti, S. (2017). *Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: Cotez.
- Nardi, A. E. Quevedo, J. & Silva, A. G. (2015). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: teoria e clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Nascimento, E. & Figueiredo, V. L. M. (2002). WISC-III e WAIS-III: alterações nas versões originais americanas decorrentes das adaptações para uso no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 603-612. doi.org/10.1590/S0102-79722002000300014.
- O'Leary, C., Bourke, A., Ansell, D. (2014). Comparing the influence of month of birth and gender in two academic years on attention deficit hyperactivity disorder diagnoses (ADHD) among children in the health improvement network (THIN) UK data. *Value in Health* 17(3), A1-A209. doi.org/10.1016/j.jval.2014.03.1226.
- Oliveira, D. B., Ragazzo, A. C. S. M., Barreto, N. M. P. V. & Oliveira, I. R. (2016). Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em

uma escola pública da cidade de Salvador, Bahia. *Revista de ciências médicas e biológicas*, 15(3), 354-358. doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18215.

- Palácio, S. G., Oliveira, J. A., Arneiro, R. F. M. & Casella, E. B. (2016). Assessment of motor skills and school performance in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Motriz: revista de educação física*, 22(4), 243-248. doi.org/10.1590/s1980-6574201600040004.
- Pereira, A. P. P., León, C., Dias, N. M. & Seabra, A.G. (2012). Avaliação de crianças pré-escolares: Relação entre testes de funções executivas e indicadores de desatenção e hiperatividade. *Revista Psicopedagogia*, 29(90), 279-289. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v29n90/02.pdf>.
- Pereira, K. A., Eduvirgem, R. V & Medeiros, M. L. (2017). Problemas comportamentais de crianças com TDAH no âmbito escolar. *Revista da Educação da Umarama*, 17(1), 79-92. doi.org/10.25110/educere.v17i1.2017.6285.
- Pliszka, S. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture, *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 419-423. doi: 10.1007/s11920-008-0067-5
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P. ... Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(1), 1443-1457. doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z.
- Rocha, M. M., & Ferreira, M. C. B. (2018). Autopercepção de um grupo de crianças com diagnóstico de TDAH: implicações educacionais. *Revista Fac. Educ.*, 30(2), 171-191. doi.org/10.30681/21787476.2018.30.171191.
- Rohde, L. A. & Mattos, P. (2003). *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.
- Romero, A. C. L., Capellini, S. A. & Frizzo, A. C. F. (2013). Potencial cognitivo em crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79(5), 609-615. doi: 10.5935/1808-8694.20130109
- Rosa, N. F., Goulardins, J. B., Rigoli, D., Piek, D. & Oliveira, J. A. (2015). Motor development of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Revista*

Brasileira de Psiquiatria, 37(3), 228-234. doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1533.

Rossetti, C. B. & Missawa, D. D. A. (2014). Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. *Construção psicopedagógica*, 22(23), 81-90. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542014000100007&lng=en&tlng=en.

Rotta N. T. Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade: Aspectos Clínicos. In: Rotta, N.T., Ohlweiler, L., Riesgo, R.S. (Orgs). (2016). *Transtornos da Aprendizagem - Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar*. Porto Alegre, RS: Artmed, pp. 274-86.

Rotta, N. T., Bridi, C. A. Fº. & Bridi, F. R. S. (Orgs.). (2016). *Neurologia e aprendizagem: Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Santos, P. T. & Francke, I. A. (2017). O transtorno déficit de atenção e seus aspectos comportamentais e neuro-anatomo-fisiológicos: uma narrativa para auxiliar o entendimento ampliado do TDAH. *Psicologia: o portal dos psicólogos*, 1(23). Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1138.pdf>.

Santos, R. R. G., Petresco, S., Morais, B. G., Manzolli, P. P., Mota, D. M. & Santos, N. (2014). Achados comportamentais e cognitivos em crianças de 5 a 11 anos nascidas com baixo peso. *Revista da AMRIGS*, 58(3), 203-208. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877848?lang=fr>.

Saur, A. M. & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 619-629. doi.org/10.1590/s0103-166x2012000400016.

Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2014). Behavioral and emotional problems of schoolchildren according to gender. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66 (1), 102-116. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000100009&lng=en.

Sax, L. & Kautz, K. J. (2003) Who First Suggests the Diagnosis of ADD/ADHD. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 171-174. doi.org/10.1370/afm.3.

Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi:10.1016/s2215-0366(17)30167-0

Schei, J., Jozefiak, T., Novik, T. S., Lydersen, S. & Indredavik, M. S. (2013). The impact coexisting emotion and conduct problems on family functioning and quality of life among adolescents with ADHD. *Jornal of Attention Disorders*, 20(5), 424-433. doi: 10.1177/1087054713507976.

- Schmitt, J. C. & Morando, E. M. G. (2017). TDAH e desempenho acadêmico: uma descrição do conhecimento atual. *INFAD Revista de Psicologia*, 2(2), 279-288. doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.110.
- Shimizu, V. T., Bueno, O. F. A. & Miranda, M. C. (2014). Sensory processing abilities of children with ADHD. *Journal Physical Therapy*, 18(4), 343-352. doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0043.
- Silveira, D. C., Passos, L. M. A., Santos, P. C. & Chiappeta, A. L. M. L. (2009). Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de atenção com hiperatividade: um estudo comparativo. *Revista CEFAC*, 11(2), 2008-2016. doi.org/10.1590/s1516-18462009000600011.
- Sorbara, G. (2014). TDAH: um sintoma social. *Temas em educação e saúde*, 10(1), 59-73. doi.org/10.26673/tes.v10i0.9615.
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P. & Franco, A. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(2), 401-406. doi.org/10.1590/S0004-282X2001000300017.
- Spencer, T.J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Ambulatory pediatrics*, 7(1), 73-81. doi: 10.1016/j.ambp.2006.07.006.
- Stravogiannis, A. L., Memória, C. M., Juhas, T. R., Coutinho, D., Lucia, M. C. S. & Scaff, M. (2016). Avaliação neuropsicológica e diagnóstico diferencial de transtorno afetivo bipolar e transtorno de conduta: um estudo de caso. *Psicologia Hospitalar* 14(2), 2-17. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000200002.
- Swanson, J., Deutsch, C., Cantwell, D., Posner, M., Kennedy, J. L., Barr, C. L. & Wasdell, M. (2001). Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 1(3), 207-216. doi.org/10.1016/s1566-2772(01)00007-x.
- Thapar, A. & Cooper, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder, *Lancet*, 387(10024), 1240-1450. doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00238-x.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. & Stergiakoili, E. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, 97(3), 260-265. doi: 10.1136/archdischild-2011-300482.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. (2015) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.
- Thorell, L. B., Lindqvist, S., Nutley, S. B., Bohlin, G. & Klingberg, T. (2008). The childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): A new rating instrument for parents and teachers. *Developmental Neuropsychology*, 33(4), 536-552. doi.org/10.1080/87565640802101516.

- Toazza, R., Salum, G. A., Jarros, R. B., DeSouza, D., Salles, J. H. & Mantro, G. G. (2016). Phonemic verbal fluency and severity of anxiety disorders in young children. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(2), 100-104. doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0018.
- Trevisan, B. T., Dias, N. M., Berberian, A. de A. & Seabra, A. G. (2017). Childhood Executive Functioning Inventory: Adaptação e Propriedades Psicométricas da Versão Brasileira. *Psico-USF*, 22(1), 63-74. doi.org/10.1590/1413-82712017220106.
- Urazán-Torres, G. R., Puche-Cabrera, M. J., Caballero-Forero, M. & Rey-Anaconda, C. A. (2013). Cognitive and Executive Functions in Colombian School Children with Conduct Disorder: Sex Differences. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 42(4), 324-332. doi.org/10.1016/s0034-7450(13)70029-5.
- Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2015). Histórico do diagnóstico do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (Eds.). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e Clínica*. (Vol. 1, ed., 1, pp.19-22). Porto Alegre: Artmed.
- Virtuoso, S. (2016). *Avaliação do tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e de dados de prescrição* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
- Wagner, D. J. & McLennan, J. D. (2015). An alternative approach to scoring the MTA-SNAP-IV to guide attention-deficit/hyperactivity disorder medication treatment titration towards symptom remission: a preliminary consideration. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 25(10), 749-753. doi.org/10.1089/cap.2015.0081.
- Wagner, F., Rohde, L. A. & Trentini, C. M. (2016). Neuropsicologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Modelos Neuropsicológicos e Resultados de Estudos Empíricos. *Psico-USF*, 21(3), 573-582. doi.org/10.1590/1413-82712016210311.
- Wechsler, D. (1949). Wechsler intelligence scale for children. *New York: The Psychological Corporation*. doi.org/10.1007/springerreference_184296.
- Wechsler, D. (1974). Manual for the Wechsler intelligence scale for children-revised. *New York: Psychological Corporation*.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler intelligence scale for children*. - Third edition (WISC-III): Manual. *San Antonio: Psychological Corporation*. doi.org/10.1037/e500862010-020 .
- Wechsler, D. (2003). *Technical and Interpretive Manual of the Wechsler Intelligence Scale for Children—IV*. *New York: Psychological Corporation*. doi.org/10.1007/springerreference_70197 .
- Wechsler, D. (2014). *WISC-V Technical and interpretive manual*. Bloomington, MN: Pearson.

- Wechsler, D. (2017). *Escala Wechsler de inteligência para crianças: WISC-IV: Manual técnico*. (ed. 4, p. 9). Person Clinical Brasil, São Paulo.
- Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Prifitera, A. & Holdnack, J. A. (2017). *Wisc-IV: interpretação clínica avançada*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil. doi.org/10.1016/b978-0-12-815744-2.00001-x.
- Wender, P. H., Wolf, L. E. & Wassertein, J. (2001). Adults With ADHD. An Overview. *Annals of the New York Academy Sciences.*, 931(1), 1-16. doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05770.x.
- Whitbourne, S., & Halgin, R. (2015). *Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. (Vol.1, ed. 7, p. 488). Porto Alegre: AMGH.
- Wielewicki, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19, 2, 379-389. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a03.pdf>.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8.
- Xia, W., Shen, L. & Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 27(6), 356-367. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.215115.

6. Anexo - Parecer de aprovação por Comitê de ética em Pesquisa.

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CRIANÇAS ESCOLARES NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Juliane Callegaro Borsa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24367113.0.0000.5282

Instituição Proponente: FACULDADES CATOLICAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 576.669

Data da Relatoria: 27/03/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado por pesquisadora da PUC-Rio, do Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica que envolve crianças de escolas públicas e privadas no Rio de Janeiro. A pesquisadora é recém-doutora e tem especialidade na área. É um projeto nos moldes de uma pesquisa exclusivamente quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é investigar a prevalência de comportamentos agressivos em uma amostra de crianças escolares de escolas públicas e privadas da cidade Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não envolve riscos diretos para as crianças mas pode gerar algum constrangimento aos pais no momento de responderem o questionário específico sobre seus filhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho está bem estruturado com referencial teórico e metodológico adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora cumpriu o solicitado e justificou com clareza a razão de não poder incluir a autorização das instituições onde será feita a coleta de dados. O TCLE foi modificado conforme

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 576.669

solicitado.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das solicitações, o projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após o cumprimento das exigências ao parecer anterior, a COEP considerou o projeto aprovado.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2015. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 576.669

RIO DE JANEIRO, 01 de Abril de 2014

Assinador por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 1812332/CA

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br