

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Larissa Maria Garib do Amaral

Critérios diagnósticos do TDAH: uma revisão de literatura

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2009

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR**

LARISSA MARIA GARIB DO AMARAL

Crítérios diagnósticos do TDAH: uma revisão de literatura

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araújo.

SÃO PAULO

2009

ERRATA

AMARAL, Larissa Maria Garib do. Critérios Diagnósticos do TDAH: uma revisão de literatura. São Paulo: PUC/SP, 2009

Página	Parágrafo	Linha	Onde se lê	Leia-se
13	1º	5ª	oo mestrado	o mestrado
16	2º	6ª	com as quais eles não conseguem lidar	com as quais ele não consegue lidar
41	4º	4ª	na adolescência teem	na adolescência têm
42	2º	4ª	(GREVET, 2007)	(GREVET, 2005)
42	3º	1ª	Embora não exista no Brasil	Embora não existam no Brasil
51	1º	2ª	Turato (2005)	Turato (2003)
51	2º	4ª	cinco categoriaas	quatro categorias
52	3º	3ª	Utilizamos na pesquisa 20 trabalhos, sendo 18 artigos e 2 dissertações de mestrado.	Utilizamos na pesquisa 17 trabalhos, sendo 13 artigos, 3 dissertações de mestrado e 1 tese de doutorado.
57	Tabela	3ª	Pastura, Mattos e Araújo 2207	Pastura, Mattos e Araújo 2007

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

VASCONCELOS M.M., MALHEIROS A.F.A., WERNER J. JR., et AL. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 63, n.1 p.68-74, 2005.

Banca Examinadora:

À todos que tem TDAH sem conhece-lo

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antônio José e Maria Luiza, que me ensinaram a seguir em frente, e confiaram em mim mesmo sem saber muito bem o que eu estava fazendo,

Aos meus irmãos Isabelle e Junior, que sempre me incentivaram e apoiaram, pois acreditaram que eu sabia que estava fazendo com paixão,

Aos meus amigos de toda a vida, Gisele, Bêtania, Andrea, Carol, Thaís, Renata, Luciana, Mariana, Marília e Juliana sem vocês teria sido muito mais difícil o percurso, mas vocês o tornaram imensamente feliz, cada qual a seu tempo,

Aos colegas de mestrado. Muito obrigada por cada discussão e momento único de apreensão do conhecimento,

Às amigas queridas que o mestrado possibilitou, Raquel, Melina e Érika, vocês tornaram isso tudo mais divertido,

À Prof. Ceres, que me acolheu como orientanda e não poupou esforços para me auxiliar neste processo,

Ao Prof. José Salomão Schwartzman e à Prof. Edna Kahhale que por suas valiosas contribuições mudaram o rumo deste trabalho, auxiliando-me a torná-lo mais rico e crítico.

Aos meus pacientes, que confiam no meu trabalho nos seus momentos de maior sofrimento,

À Deus, que nos move por caminhos nem sempre claros, mas sempre os iluminando.

Muito Obrigada.

RESUMO

Este estudo se dedicou a uma revisão da literatura publicada no Brasil, no período de 1999 a 2009, acerca dos instrumentos utilizados para se estabelecer o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Buscamos investigar quais os protocolos neuropsicológicos e escalas de avaliação mais utilizadas para se estabelecer o diagnóstico, bem como as possíveis diferenças entre as prevalências do transtorno em decorrência do instrumento de pesquisa e ainda, as características de personalidade das crianças consideradas hiperativas por meio das avaliações de testes projetivos, com intuito de colaborar para o esclarecimento do processo diagnóstico. Verificamos que existe uma diversidade de instrumentos de avaliação e que esses acarretam diferenças na prevalência do transtorno. Os testes neuropsicológicos, que examinam as funções executivas, mostraram-se adequados na investigação de dificuldades específicas como atenção seletiva, controle inibitório e flexibilidade e os testes projetivos apontaram características do funcionamento psíquico das crianças e adolescentes com TDAH como sentimentos de angústia e dificuldades no processamento das emoções. Esses resultados apontam para a necessidade de integração dos protocolos de avaliação visando um entendimento global do paciente com o transtorno.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, diagnóstico, criança e avaliação.

ABSTRACT

This study was dedicated to a revision of the literature published in Brazil, in the period from 1999 to 2009, about the instruments used in order that been established the diagnosis of the Disorder of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). We look the protocols investigate which neuropsicológicos and scales of evaluation more used in order that the diagnosis been still established, as well as the possible differences between the predominances of the disorder as a result of the instrument of inquiry and, the personality's characteristics of the children considered hyperactive through the evaluations of projective tests, with intention of collaborating for the explanation of the diagnostic process. We check that there is a diversity of instruments of evaluation and that those bring differences in the predominance of the disorder. The tests neuropsicológicos, what examine the executive functions, appeared appropriate in the investigation of specific difficulties like selective attention, inhibitory control and flexibility and the projective tests pointed to characteristics of the psychological functioning of the children and adolescents with TDAH like feelings of anguish and difficulties in the processing of the emotions. These results point to the necessity of integration of the protocols of evaluation aiming at a global understanding of the patient with the disorder.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, diagnosis, children and evaluation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	20
3.1 Conceito.....	20
3.2 Histórico.....	25
3.3 Diagnóstico.....	32
3.4 Epidemiologia.....	35
3.5 O Impacto na Família.....	38
3.6 O Impacto Social.....	40
4. OS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS E PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO	43
5. MÉTODO	48
5.1 Modelo	48
5.2 Tipo de estudo	48
5.3 Coleta de dados	49
5.3.1 Critérios de busca	49
5.3.2 Critérios de seleção e exclusão	50
5.3.3 Procedimentos e Critérios de análise	51
6. RESULTADOS	52
6.1 Introdução.....	52
6.1.1 Estudos sobre a prevalência do transtorno.....	53
6.1.2 Estudos sobre avaliação neuropsicológicas e funções executivas relacionadas ao TDAH.....	57
6.1.3 Trabalhos que avaliam a acuidade diagnóstica de instrumentos.....	67
6.1.4 Trabalhos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH.....	67
7. DISCUSSÃO	75
7.1 Estudos sobre a prevalência do transtorno.....	75
7.2 Estudos sobre avaliação neuropsicológicas e funções executivas relacionadas ao TDAH.....	76
7.3 Trabalhos que avaliam a acuidade diagnóstica dos instrumentos.....	79

7.4 Trabalhos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH	80
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXO 1 - “O Inquieto Phil”	94
ANEXO 2 - Critério diagnóstico de TDAH, no período escolar de acordo com aspectos neuropsicológicos.....	95
ANEXO 3 - Escala Farré e Narbona (<i>Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención com hiperatividade- EDAH</i>).....	96
ANEXO 4 - Escala de TDAH versão para professores de Benczik.....	97
ANEXO 5 - SNAP- IV Versão em Português validada por Mattos P. et al, 2005.....	101
ANEXO 6 - CBCL – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 6-18” (CBCL/6-18) – pais/cuidadores.....	103
ANEXO 7 - TRF Inventário de comportamentos referidos pelo professor para alunos de 6 a 18 anos versão brasileira do “Teacher’s Report Form for ages 6-18” (TRF/6-18).....	108
ANEXO 8 - CBCL –ADAPTADO para a população de índios Karajá.....	112
ANEXO 9 - TRF- ADAPTADO para a população de índios Karajá.....	116
ANEXO 10 - Escala de Connors.....	119

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Critérios diagnósticos do DSM-III-R para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	28
QUADRO 2 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV-TR.....	29
QUADRO 3 - Transtornos Hipercinéticos, segundo a CID-10.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo dos artigos sobre a prevalência do transtorno.	56
Tabela 2 - Resumo dos artigos sobre avaliação neuropsicológica e funções executivas relacionadas ao TDAH	66
Tabela 3 - Resumo dos artigos que avaliam a acuidade diagnóstica dos instrumentos.....	67
Tabela 4 - Resumo dos artigos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH.....	73

“As pessoas que não fazem barulho são perigosas”.

Jean de La Fontaine (1621-1693)

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) surgiu da necessidade de compreendê-lo adequadamente. Desde a época da faculdade, nos estágios clínicos, sempre trabalhamos com crianças e adolescentes, e já neste período deparamo-nos com o transtorno, porém não tínhamos real conhecimento de sua abrangência. Durante o mestrado, tivemos a oportunidade de atender crianças com dificuldade de atenção que recebiam diagnósticos diversos, desde TDAH até retardo mental e que necessitavam de uma intervenção psicológica.

Com o tempo, passamos a reconhecer os sinais do TDAH, mas percebíamos que muitas crianças não apresentavam somente este transtorno isoladamente. Foi quando iniciamos as leituras e nos dedicamos a aprofundar nossos estudos principalmente no que diz respeito às comorbidades e ao diagnóstico, visto que sentíamos a necessidade de compreender este transtorno neurocomportamental que afeta a vida das famílias, causando prejuízos tanto na auto-estima e auto-imagem das crianças, quanto na configuração familiar.

Diante dessa situação, algumas vezes buscávamos compartilhar nossa experiência com colegas psicólogos e nos deparávamos com o fato de que alguns profissionais tinham poucos conhecimentos sobre o TDAH e dificuldades para identificá-lo.

Sabe-se que o TDAH é um transtorno de base neurobiológica, com componentes genéticos e que atinge crianças em idade escolar, persistindo para além da adolescência e da vida adulta, sendo que aproximadamente 60% das pessoas afetadas apresentarão alguns de seus sintomas por toda a vida.

Segundo Rohde e cols. (1999), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, com uma amostra de 1013 alunos, a prevalência do TDAH foi estimada em 5,8%, sendo que destes, 47% apresentavam algum transtorno disruptivo comórbido (Transtorno de Conduta ou Transtorno Desafiador Opositivo). Esses dados demonstram que no Brasil as taxas de prevalência coincidem com os estudos internacionais, que apontam para uma incidência média de 3 a 6% de crianças em idade escolar (POLANCZYCK, et al, 2007).

Arnold e Jensen (1999) relatam que o TDAH provavelmente responde por mais encaminhamentos de crianças aos ambulatórios de saúde mental do que quaisquer outros transtornos isolados. Como consequência do TDAH muitas famílias procuram os prontos-socorros, pois, conforme afirma Schwartzman (2008), devido à falta de controle sobre seus impulsos, essas crianças estão mais sujeitas a sofrerem acidentes domésticos, como queimaduras, envenenamentos e intoxicações por medicamentos, tem maiores chances de sofrer traumatismo crânio encefálico e atropelamentos, bem como têm maior risco de se expor a doenças sexualmente transmissíveis e ao abuso de substâncias ilícitas.

As famílias afetadas, muitas vezes sentem-se desorientadas por não encontrarem tratamento adequado. Embora seja o transtorno mais comum entre crianças em idade escolar, mesmo com o aumento das informações e das publicações na área da saúde contemplando o assunto, muitos profissionais ainda desconhecem o transtorno, e outros, tanto da área da saúde quanto da educação, acreditam que estão diante de um transtorno “criado” pela indústria farmacêutica, ou um produto cultural, fruto da ausência dos pais (GOMES et al, 2007), relutando em aceitar suas comorbidades e os prejuízos por ele causados, de modo que não orientam adequadamente as famílias que têm o transtorno, provocando assim um

sentimento de culpa nos pais que sentem-se impotentes diante de crianças tão sem limites, agitadas e desatentas.

Neste sentido, alguns autores afirmam que o transtorno é mais um constructo cultural do que uma entidade diagnóstica (Timimi, 2004), e outros como Legnani (2008) acreditam que o que está ocorrendo é a biologização do psiquismo, e a medicalização da angústia, de modo que a autora rechaça o sofrimento causado pelo transtorno, considerando os prejuízos que afetam o paciente com TDAH como “eventuais dificuldades”.

Disto decorre que muitos dos que têm o transtorno não são diagnosticados e outros que o são não têm realmente o transtorno, o que é conhecido como falso negativo e falso positivo e que contribui para dissimular a idéia de que há um excesso de medicalização do transtorno.

Um dos fatores que alimenta tal controvérsia é o fato de ser um diagnóstico essencialmente clínico, sujeito à observações subjetivas, o que aumenta a importância da propagação do conhecimento acerca do transtorno, principalmente na área da psicologia que lida com o desenvolvimento humano e que *a priori* deve ter ciência acerca das condições normais de desenvolvimento, para assim enxergar os desvios da mesma. Chamamos atenção, para o fato de que não somos a favor de uma compreensão simplista e biologizante das patologias, mas não podemos ser coniventes com a falta de compreensão de alguns autores frente às evidências neuropsicológicas.

Camargos Jr. (2005) sugere ao profissional, que ante a presença da possibilidade do TDAH a atenção deve ser redobrada, uma vez que o diagnóstico, à medida que está se “popularizando”, acaba “trazido pronto” pelas famílias, que não são preparadas para diferenciar os sintomas sutis de alguns transtornos, sendo o

profissional, neurologista, psicólogo ou psiquiatra, responsável pelo olhar cuidadoso ante essas situações. De maneira inversa, o excesso de atenção dada ao transtorno pela imprensa leiga, muitas vezes o descaracteriza e pode induzir a população a subestimar os prejuízos por ele causados (MATTOS, 2000).

O diagnóstico preciso torna-se uma questão não apenas de melhorar a qualidade de vida para os envolvidos, neste caso não só a criança, como também sua família, a escola, e o meio social onde vive, mas é uma questão de saúde pública, pois o tratamento inadequado, não surte efeito e, havendo a presença de comorbidades, pode agravar o quadro clínico, o que acarreta gastos excessivos em saúde.

Somados a esses fatores, tem-se que a criança acometida pelo TDAH muitas vezes leva a família a situações de estresse que poderiam ser evitadas, ficando o casal parental sem saber a melhor forma de administrar a educação de seus filhos, sentindo-se culpado pela “falta de limites” dessas crianças que “não param quietas” e “não sabem ouvir”, que “se comportam de maneira inadequada em diversas situações” e com as quais eles não conseguem lidar, além da realidade da própria criança, que se sente culpada por ser o alvo de tantas confusões, o que aumenta sua angústia.

Tudo isso reforça a necessidade de se trabalhar em psicologia no sentido de esclarecer os critérios de diagnóstico do TDAH para auxiliar o profissional a reconhecer o transtorno, e assim, ajudar as famílias na integração destas crianças com a sociedade.

Porém, nem sempre o psicólogo é um profissional treinado para diagnosticar ou mesmo reconhecer as psicopatologias que atingem crianças e adolescentes. Em recente revisão de literatura acerca das publicações em Saúde Mental na

Adolescência, Benetti et al (2007), constatou que 60% da produção nacional é proveniente da área médica, sendo que a psicologia e a psicanálise contribuem com 28% das publicações. O mesmo estudo constatou que apenas 6% dos trabalhos faziam referência à questão da prevenção, sendo que 50% dos mesmos eram publicações da área de saúde coletiva, o que explica a urgência da disseminação do conhecimento acerca do TDAH e suas comorbidades entre os psicólogos como uma questão de saúde pública.

Frente a esta realidade, demos início a uma pesquisa de levantamento bibliográfico das produções científicas publicadas no Brasil sobre o TDAH e suas comorbidades para verificar qual o nível de conhecimento acerca do mesmo entre os profissionais da área e encontramos a seguinte situação: pouco se publica sobre o TDAH em periódicos de psicologia; a maior parte das produções está vinculada a revistas de neurologia e psiquiatria, de forma que é compreensível que alguns psicólogos tenham dificuldades em reconhecer o transtorno. Naquele momento, o interesse da pesquisa era realizar um levantamento das comorbidades mais comuns do transtorno, porém, percebemos que apesar de todos esses estudos, há ainda, muitas controvérsias com relação aos critérios diagnósticos.

Assim, o enfoque da presente pesquisa, recaiu sobre os esses critérios, pois ao estudar as comorbidades, deparávamo-nos com diferentes instrumentos de pesquisa não havendo concordância entre os autores estudados. O que ocorre é que os pesquisadores utilizam-se de protocolos variados, o que acarreta diferenças na prevalência do TDAH, e estas por sua vez, fomentam a discussão acerca do diagnóstico, deixando margem para interpretações que questionam a existência do transtorno.

Atualmente no Brasil, o DSM-IV-TR (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) é utilizado como padrão para avaliar a presença do transtorno, porém, sabe-se que embora seja fruto de várias pesquisas, o mesmo não pode ser considerado como um “padrão ouro”. Estudos de prevalência indicam que a entrevista baseada nos critérios do DSM tende a apresentar elevadas taxas, o que é questionado por alguns profissionais, que primam por tentar estabelecer instrumentos que possam ser validados na população brasileira e que permitam chegar a uma prevalência mais adequada.

Decidimos dessa forma realizar uma revisão crítica da literatura, acerca dos critérios e instrumentos utilizados para identificar o transtorno, na tentativa de compreender as condições diagnósticas do mesmo, pois acreditamos que embora discussões em ciência sejam essenciais pra fomentar as pesquisas, no caso do TDAH, essas controvérsias atrasam diagnósticos, contribuindo para aumentar os prejuízos na vida dos seus portadores.

Com isso, espera-se possibilitar, futuramente, a construção, estabelecimento ou mesmo solidificação de instrumentos já existentes que auxiliem de maneira assertiva o diagnóstico.

2 OBJETIVOS

2.1 *Objetivo Geral*

- O objetivo do trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre os instrumentos utilizados para se estabelecer o diagnóstico de TDAH, no Brasil.

2.2 *Objetivos Específicos*

- Investigar quais são os protocolos neuropsicológicos e escalas de avaliação mais utilizadas para se estabelecer o diagnóstico.
- Investigar se existem diferenças entre as prevalências a partir do instrumento utilizado.
- Verificar as características de comportamento ou de personalidade das crianças consideradas hiperativas a partir das avaliações baseadas no funcionamento psicológico das mesmas.

3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

3.1 Conceito

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado um dos mais freqüentes transtornos emocionais, cognitivos e comportamentais que acometem crianças em idade escolar. Para Arnold e Jensen (1999) embora seja o transtorno mais bem estudado da infância, é também o mais controverso, sendo que corresponde à maior parte dos encaminhamentos de crianças aos serviços ambulatoriais.

Caracterizado pelos sintomas de impulsividade, desatenção e hiperatividade, torna-se fácil reconhecer uma criança com o transtorno na escola, em casa, e mesmo nas clínicas. Essa aparente facilidade, porém, incorre num aumento exagerado dos diagnósticos que algumas vezes baseiam-se apenas na avaliação clínica e que podem não ser adequados. Neste sentido autores chamam a atenção para o fato de que a hiperatividade, bem como a desatenção e a impulsividade podem aparecer como sintomas isolados e não integrando um quadro clínico, sugerindo, neste caso, muito mais a presença de problemas familiares, escolares e relacionais na vida da criança do que propriamente o transtorno (ROHDE, 2000; ANDRADE, 2003).

Frequentemente as crianças acometidas pelo TDAH são descritas desde pequenas pelos pais como inquietas, desordeiras, que “se mexem o tempo todo”, “não param nem pra ver desenho”, e não raro algumas famílias relatam sono agitado desde bebê, agitação motora, choro persistente e irritação. Andrade (2003) descreve que as mães relatam, muitas vezes, que desde a gravidez, essas crianças se

mexiam muito, e aos primeiros passos já demonstravam agitação atípica para a idade além de maiores chances de sofrer acidentes, quebrar objetos e brinquedos e machucar-se com frequência.

Entre as características sintomatológicas encontramos falta de persistência em concluir tarefas, antecipação de respostas, impaciência para esperar sua vez, agitação motora, dificuldade para permanecer sentada ou quieta por longos períodos de tempo. Muitas vezes dão a impressão de não ouvir quando lhes é falado, esquecem-se facilmente o que lhes é dito e até mesmo o que estavam fazendo ou falando, perdem coisas importantes e de uso diário, como material escolar, mochila, cadernos ou mesmo agasalhos na escola (BENCZIK, 2000).

Alguns autores frisam que na primeira infância devido a pouca coordenação motora, essas crianças podem apresentar comportamentos que virão a ser rotulados de “desastrados ou desajeitados” e dificuldades na aquisição da fala que poderão confundir o diagnóstico, ou mesmo receber um diagnóstico de retardo ou transtorno invasivo (ANDRADE, 2003).

Pesquisas sugerem que a etiologia do transtorno esteja relacionada com fatores neuroquímicos, genéticos e psicossociais. Segundo Barkley (2008),

diversas etiologias genéticas e neurológicas (p.ex., complicações da gestação e do parto, lesões cerebrais adquiridas, toxinas, infecções e efeitos genéticos) podem dar vazão ao transtorno, provavelmente por meio de alguma perturbação em alguma via final comum no sistema nervoso. Por enquanto, essa via final parece ser a integridade da rede cortical (pré-frontal) (p. 248).

Os lobos frontais do cérebro são os responsáveis pelas funções executivas, que são o conjunto de atividades que “possibilitam o planejamento, o controle dos impulsos e a elaboração de estratégias” (SCHWARTZMAN, 2008). Compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, que capacitam o indivíduo ao

desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas. Em conjunto, englobam todos os processos responsáveis por focalizar, direcionar metas, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos, visando à realização de tarefas simples de rotina e à solução ativa de problemas novos, bem como antecipar conseqüências e mudar as estratégias de modo flexível (BARKLEY, 2002).

Assim, a pessoa com comprometimento das funções executivas normalmente terá: dificuldades para tomar iniciativas sem que haja um estímulo externo, para planejar, estabelecer prioridades, organizar-se para o trabalho, terá tendência à procrastinação (adiar), falta de monitoramento no tempo, prazos e finanças próprias, pode apresentar sonolência diurna, lentidão e inconsistência no desempenho, declínio de motivação após um rápido momento de entusiasmo, interrupção de tarefas antes de concluí-las, baixa tolerância à frustração e problemas com a memória.

A desatenção propriamente dita aponta para a distração e para o que será conhecido como “sonha acordado”, ou “vive no mundo da lua”, os indivíduos com TDAH dão a impressão de que não escutam quando são chamados, e apresentam erros por aparente descuido. Os professores tendem a gostar mais dos alunos desatentos do que dos hiperativos, visto que os primeiros costumam ser aparentemente “bem comportados” e obedientes, o que contribui para que não sejam diagnosticados.

Para Barkley, (2008) a atenção é multidimensional e diz respeito ao estado de alerta, excitação, seletividade ou foco na execução, codificação, atenção prolongada, distração ou tempo de apreensão, e indivíduos com TDAH teriam entre seus aspectos mais prejudicados os relacionados com a persistência do esforço, o

que implica em realização de atividades mais curtas que de seus pares. Em contrapartida, esses indivíduos têm amplo interesse em atividades novas, o que pode ser percebido como um aspecto positivo, desde que se saiba trabalhar diferencialmente essas capacidades.

O autor acredita que tanto a impulsividade, quanto a atenção e a hiperatividade estão sujeitas ao controle inibitório do comportamento que é considerado multidimensional e que seria afetado nas pessoas com TDAH. Barkley (2008), afirma que o desenvolvimento da inibição comportamental apresenta um retardo evolutivo e conseqüentemente nas funções executivas que dependem desta inibição.

Ante a magnitude desses sintomas, que são freqüentes, não é difícil perceber porque essas crianças são comumente consideradas problema na escola, pois acabam por não respeitar a ordem dos professores, falam demasiadamente e atrapalham seus colegas, algumas vezes sendo impacientes ao ponto de manifestarem-se de maneira agressiva. Assim, as crianças que são acometidas pelo TDAH, apresentam frequentemente baixa auto-estima, pois por sua incapacidade de prestar atenção, podem não conseguir boas notas; quando muito falantes e impacientes, mesmo nos jogos e atividades lúdicas, acabam sendo rechaçadas pelos colegas que não compreendem sua impulsividade, tendo, muitas vezes, dificuldades para fazer e/ou manter as amizades.

Em casa, frente à desordem e a falta de obediência, os pais se vêem sem ação. Muitas vezes reclamam que os filhos não seguem regras ou normas, o que pode gerar atrito entre esses pais que não conseguem entrar num acordo a respeito da educação dos filhos. Esta situação tende a ficar mais grave quando alguns especialistas afirmam que esse comportamento é fruto da falta de limites imposta

pela família. E a criança exposta a esses conflitos gerados por ela, pode ter a autoestima mais uma vez prejudicada.

Só estas conseqüências do transtorno já seriam suficientes para justificar a difusão de estudos sobre o mesmo, atualmente, porém, sabe-se que o TDAH apresenta 50% de persistência na vida adulta, o que acarreta problemas de trabalho e familiares aos portadores, além de alta incidência de co-morbidades, que, se não tratadas adequadamente, poderão prejudicar sobremaneira a vida de um paciente com o transtorno.

Entre as comorbidades, pode-se citar a Depressão, que atinge até 20% das pessoas afetadas; o transtorno Opositor Desafiante, que é mais comum no sexo masculino e que aparece entre 35% e 65% dos casos; o Transtorno de Conduta, que assim como o anterior é mais incidente no sexo masculino e tem uma prevalência de 20% a 50%; os Transtornos Ansiosos que se apresentam em 30% a 40% dos casos, e que embora esteja associado a uma diminuição da impulsividade, acarreta dificuldades escolares e frequentemente ocasiona queixas somáticas. Além do Transtorno Bipolar, atualmente bastante estudado em sua associação com o TDAH, devido à etiologia dos dois transtornos, e que parece estar presente em 10% dos casos (SOUZA, 2003; PHELAN, 2005; FU-I, 2007; BARKLEY, 2008). A avaliação dessas comorbidades deve ser conduzida criteriosamente.

Embora o transtorno já se manifeste antes dos sete anos, sendo este, inclusive, um dos critérios diagnósticos do mesmo, é por volta dessa idade que a família procura um especialista para auxiliá-la na “difícil tarefa” de lidar com esta criança “impossível”, isto porque, mesmo que os pais tenham percebido que seu filho pareça mais agitado que as outras crianças, é no contexto escolar que sua impulsividade e agitação tornam-se preocupantes. Sabendo-se a necessidade de

uma criança em idade escolar ser obediente às regras, prestar atenção e ficar quieta, intui-se o caos causado pela doença (e sentido pela família) quando não tratada, ou ainda, quando não é dada devida atenção às várias comorbidades que podem ou não estar associadas ao transtorno.

3.2 Histórico

Este item visa discutir de maneira sintética o conhecimento sobre o transtorno de acordo com sua identificação na literatura médica e a sua concomitante evolução segundo o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) e a CID (Classificação Internacional de Doenças) que são os manuais mais utilizados para diagnóstico.

As primeiras referências médicas a respeito da hiperatividade foram feitas pelo pediatra George Still, que em 1902 descreveu o quadro clínico a partir da observação de seus pacientes que, para Barkley (2008) eram crianças com sérias dificuldades de manter a atenção e muitas das quais também eram exageradamente ativas. O autor refere que Still detectou que essas crianças apresentavam comportamento agressivo, crueldade, desonestidade, incapacidade de sustentar a atenção, além de necessidade de gratificação imediata e entusiasmo elevado, o que ele chamou de “defeito no controle moral”.

Mesmo sendo Still quem primeiro fez a descrição clínica, alguns autores (Barbosa, 1995; Barkley, 2008) mencionam que em 1845 o médico alemão Heinrich Hoffman descreveu em seus poemas sobre as doenças infantis, uma criança com comportamento característico dos “transtornos hiper-cinéticos”¹, a quem denominou:

¹ Em neurologia clássica esse termo é utilizado para designar as doenças extrapiramidais.

“O Inquieto Phill” (Anexo 1). Esta referência, embora não seja considerada entre as evidências médicas, ilustra o quanto o TDAH não é uma desordem nova, fruto da sociedade moderna, como afirma Timimi (2004).

No final da década de 30, foram realizados os primeiros estudos com psicoestimulantes, e em 1940 surge a denominação “Lesão Cerebral Mínima” para designar crianças que tinham graves problemas comportamentais, mas como os exames neurológicos não apresentavam evidências de lesões cerebrais, esta nomenclatura foi modificada para “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM) em 1962 (POSSA et al, 2005; ROHDE e HALPERN, 2004; ROHDE et al 2000).

Embora os estudos com medicação já estivessem sendo realizados em 1937, apenas em 1954, na Suíça e na Alemanha, a Ritalina (metilfenidato) passou a ser comercializada e seu uso só foi disseminado nas décadas de 60 e 70 nos EUA.

Em 1968, o DSM II propõe a nomenclatura “Reação Hiperkinética da Infância”. Neste período, embora não houvesse clareza acerca da etiologia do transtorno, já era conhecida sua relação com o lobo frontal (BARKLEY, 2008). No entanto, na CID (1965) não era diferenciado, sendo incluído na categoria “Distúrbios de Comportamento da Infância” (WERNER, 1997).

O DSM é um manual de classificação das doenças mentais e foi elaborado pelos psiquiatras da Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA). Por sua postura descritiva das doenças, relatando os sintomas e agrupando-os em síndromes, é bastante criticado por alguns autores que consideram sua metodologia atórica como uma maneira de retirar do indivíduo sua subjetividade reduzindo-a a seus componentes biológicos

tais descrições objetivas ocultam a concepção de que a única explicação válida é a descrição fisicalista e reducionista do sujeito,

na qual este comparece como o resultado de estímulos neurofisiológicos, e a vida psíquica é vista como um epifenômeno da vida biológica (Legnani, 2008, p.5).

Desta forma, cria-se a primeira controvérsia diagnóstica do TDAH. A maior parte dos pesquisadores da área como já mencionado, utilizam-no como padrão, embora se saiba que não deva ser considerado um “padrão ouro” (STEFANATOS, 2007). Por outro lado as recentes pesquisas comprovam sua existência para além dos circuitos subjetivos, como demonstram Barkley (2008) e Muszkat (2008) a respeito das funções executivas já mencionadas.

Em 1980 o DSM III propõe a nomenclatura “Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade” que, segundo Barkley (2008) foi definida após a publicação de diversos estudos que caracterizavam o transtorno como um distúrbio da capacidade de atenção. Neste período a APA (Associação de Psiquiatria Americana) se afasta da OMS (Organização Mundial da Saúde) responsável pela CID, que compreendia a hiperatividade como ponto central do transtorno.

Em 1987 foi feita no DSM-III-R uma nova modificação para “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” (BARBOSA et al 2005), esta nomenclatura foi mantida na revisão seguinte. Neste período o transtorno sem hiperatividade passou a ser considerado “uma categoria com pouca definição, o TDA indiferenciado” (BARKLEY, 2008), quando então, já existiam evidências de que as dimensões comportamentais de impulsividade e hiperatividade estivessem relacionadas, porém não havia estudos suficientes que sustentassem esta suposição. (STEFANATOS, 2007).

Quadro 1: Critérios diagnósticos do DSM-III-R para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Retirado de Barkley, 2008)

A. Uma perturbação de pelo menos seis meses, durante os quais pelo menos oito dos seguintes critérios estejam presentes:

- (1) mexe com as mãos ou pés ou agita-se no assento (em adolescentes, pode se limitar a sentimentos subjetivos de inquietação)
- (2) tem dificuldade para permanecer sentado quando lhe pedem
- (3) distrai-se facilmente com estímulos externos
- (4) tem dificuldade para esperar a vez em jogos ou situações de grupos
- (5) frequentemente responde questões antes de serem concluídas
- (6) tem dificuldade para seguir instruções de outras pessoas (não devido a comportamento de oposição ou falta de compreensão), p. ex. não termina deveres
- (7) tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (8) muda com frequência de uma atividade para outra
- (9) tem dificuldade para brincar em silêncio
- (10) costuma falar excessivamente
- (11) costuma interromper os outros, p. ex. metendo-se nos jogos de outras crianças
- (12) parece não ouvir o que esta sendo dito
- (13) perde itens necessários para tarefas ou atividades na escola ou em casa (p. ex. , brinquedos, lápis, livros, tarefas)
- (14) muitas vezes envolve-se em atividades fisicamente perigosas sem considerar as consequências possíveis (não para o propósito de buscar emoção)

Obs.: Os itens anteriores são listados em ordem decrescente de poder discriminatório, com base nos dados de um teste de campo nacional sobre os critérios do DSM-III-R para transtornos comportamentais disruptivos.

B. Início antes dos 7 anos.

C. Não satisfaz os critérios para transtorno global do desenvolvimento.

Critérios para gravidade do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Leve: há poucos ou nenhum sintoma além dos exigidos para o diagnóstico e apenas comprometimentos mínimos ou nenhum no funcionamento escolar e social.

Moderado: há sintomas ou comprometimentos funcionais intermediários entre "leve" e "grave".

Grave: há muitos sintomas além dos exigidos para fazer o diagnóstico, bem como comprometimentos globais do funcionamento em casa e na escola e com os amigos.

O transtorno com sua caracterização, tal qual reconhecemos atualmente, é derivado de uma nova revisão do DSM em 1994, quando foi substituída a classificação anterior, em lista única e com critérios de gravidade, por um novo modelo que utiliza como critério dois grupos de sintomas de mesmo peso para diagnóstico: a) desatenção e b) hiperatividade/impulsividade. Essa alteração do DSM-IV (e sua revisão, o DSM-IV-TR) tem como correlato na CID-10 o Transtorno Hiperkinético.

Quadro 2 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV-TR

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de *desatenção* persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra

d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas

i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais

se espera que permaneça sentado

c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

e) está freqüentemente a mil ou muitas vezes age como se estivesse a todo vapor.

f) freqüentemente fala em demasia

Impulsividade:

g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez

i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por exemplo, Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, tipo Predominantemente Desatento: se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: se o Critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito nos últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

Paralelamente, a CID-10 é a compilação de todas as doenças e condições médicas conhecidas, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que desde 1993 mantém a nomenclatura “Transtornos Hiperkinéticos”.

Para a OMS, temos “transtornos emocionais e de conduta com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência”. Na CID, a desatenção é o aspecto principal da síndrome, sendo que considera o termo tal qual adotado pelo DSM inapropriado, pois sua origem seria de outra natureza. Isto porque o DSM embora classifique os subtipos compreende a impulsividade como um dos substratos do transtorno.

Quadro 3 – Transtornos Hiperkinéticos, segundo a CID-10

F90 Transtornos hiperkinéticos

Grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e tendência a passar de uma atividade a outra sem concluir nenhuma, associados a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hiperkinéticas são freqüentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e perda de auto-estima.

Exclui:

esquizofrenia (F20.-)

transtornos (da) (do):

ansiosos (F41.-)

globais do desenvolvimento (F84.-)

humor [afetivos] (F30-F39)

F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção

Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de déficit da atenção com hiperatividade

Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção

Exclui:

transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta (F90.1)

F90.1 Transtorno hipercinético de conduta

Transtorno hipercinético associado a transtorno de conduta

F90.8 Outros transtornos hipercinéticos

F90.9 Transtorno hipercinético não especificado

Reação hipercinética da infância ou da adolescência SOE

Síndrome hipercinética SO

A diferença crucial entre as duas classificações diz respeito aos subtipos, que a CID não reconhece. Desta forma, para que seja efetivado o diagnóstico de acordo com a OMS é necessário que haja uma única desordem de desatenção, hiperatividade e impulsividade, o que ocasiona, conseqüentemente, maior prejuízo nos casos diagnosticados pela CID-10.

3.3 Diagnóstico

O diagnóstico do transtorno é fundamentalmente clínico, sendo que os critérios mais utilizados pelos médicos e pesquisadores são os estabelecidos pelo DSM-IV-TR ou pela CID-10.

Os critérios estabelecidos pelo DSM-IV classificam o transtorno em três subtipos: TDAH **tipo combinado**, onde estão presentes tanto sintomas de desatenção quanto de hiperatividade; TDAH **tipo predominantemente desatento**, no qual os sintomas de desatenção são prevalentes e TDAH **tipo hiperativo-impulsivo** em que os sintomas de hiperatividade e impulsividade se sobrepõem à

desatenção. Diversos autores que estudaram a prevalência de cada um dos tipos concordam que o tipo combinado é o mais comum, cerca de 60%, o tipo desatento atinge em média 25% a 30% e o tipo hiperativo-impulsivo cerca de 10% (FONTANA ET AL, 2007).

Segundo Andrade (2003), o tipo desatento acomete mais meninas e apresenta maior comprometimento acadêmico, podendo, essas crianças, serem mais retraídas e isoladas socialmente. Ao contrário das crianças dos outros tipos que podem ser mais rejeitadas pelos colegas devido ao seu comportamento frequentemente inadequado, as do tipo desatento são, em geral, negligenciadas, tímidas, evitando algumas vezes o contato social.

As crianças do tipo hiperativo-impulsivo tendem a ser mais agressivas, e apresentam altas taxas de comorbidades com Transtorno de Conduta. Já as do tipo combinado têm seu funcionamento global comprometido e com maior frequência tem comorbidade com Transtorno Desafiador Opositor (ANDRADE, 2003).

Embora a maioria dos autores aceite a classificação dos subtipos, alguns ainda questionam a possibilidade de existência do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, pois não acreditam na possibilidade do déficit de atenção estar ausente.

O DSM aponta para alguns cuidados que devem ser considerados no momento de se avaliar uma criança, como: a duração dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade; frequência e intensidade destes sintomas; persistência dos mesmos em vários locais e ao longo do tempo; prejuízo clinicamente significativo na vida da criança e entendimento do significado dos sintomas, isto é, avaliar criteriosamente o conjunto dos sintomas e não apenas listá-los, tendo em

vista que um mesmo sintoma pode caracterizar outros transtornos que não apenas o TDAH.

Poucos estudos utilizam a CID como base para os diagnósticos, Lee et al (2008) descreve alguns trabalhos que compararam ambos manuais e constataram que indivíduos que preenchem os critérios para Transtorno Hiperkinético tem melhor resposta às medicações estimulantes e menor às intervenções psicossociais.

Apesar da caracterização diferenciada do transtorno para a OMS e a APA, diversos autores pesquisam as prevalências de maneira correlata (Rubia et al 2001; Roessner e Rohde, 2007; Lee et al, 2008). Alguns estudos apresentam diferenças marcantes que são maiores para o DSM. O referido autor afirma que segundo o DSM-IV-TR ela pode ser até vinte vezes maior (LEE, 2008).

Embora existam divergências acerca da prevalência do transtorno, os autores concordam que a avaliação clínica deve ser criteriosa e o diagnóstico extremamente cuidadoso antes da idade escolar. Isto porque, mesmo que algumas crianças apresentem claramente os sintomas de TDAH antes dos 6 anos, nesta fase do desenvolvimento é esperada maior agitação psicomotora e impulsividade (ROHDE ET AL, 2000; ROHDE e HALPERN, 2004).

Existem ainda os testes neuropsicológicos que são bastante utilizados, porém, com restrições ao âmbito de pesquisa e que são alvos da nossa investigação, portanto, serão descritos pormenorizadamente num capítulo posterior.

Outra questão fundamental na investigação diagnóstica é acerca do histórico familiar de doenças psiquiátricas. Considerando-se que o TDAH é um transtorno de bases neurobiológicas, é possível que um dos pais da criança também seja portador. Camargos (2005) afirma que estudos realizados com gêmeos apontam

para uma concordância de 79% entre gêmeos monozigóticos, enquanto para os dizigóticos esta fica em torno de 32%.

Assim, para que o processo diagnóstico seja considerado eficiente deve contemplar entrevistas não só com a família, mas com os professores e, necessariamente, com a criança ou adolescente em questão (MARTINS, TRAMONTINA e ROHDE, 2003). Camargos (2005), afirma que a criança pode acrescentar informações importantes acerca da própria vivência relacionada ao transtorno, o que pode contribuir sobremaneira no momento de investigar possíveis comorbidades. Neste sentido, o autor afirma que a criança tem condições de falar sobre seu sofrimento e sobre seus sintomas internalizados de maneira tal que os pais não conhecem e muitas vezes até se espantam com a magnitude dos sentimentos dos filhos.

3.4 Epidemiologia

Epidemiologia é o estudo das distribuições dos estados de saúde e seus determinantes (Assumpção, 2003). Conhecer a prevalência das patologias é importante, pois auxilia nas abordagens de prevenção, na distribuição de recursos e no planejamento de estratégias de intervenção.

Vários estudos em todo mundo são conduzidos anualmente para estimar a prevalência do TDAH. Segundo o DSM-IV-TR o TDAH afeta entre 5% a 13% das crianças em idade escolar. No Brasil, Rohde (1999a) encontrou taxas entre 3% a 6%, no Japão, Takahashi (2007) fez achado semelhante com prevalência de 7,7% em população análoga.

Atualmente sabe-se que o TDAH não é uma condição exclusiva da infância, mas que persiste na adolescência em até 80% dos casos (SCHWARTZMAN, 2008). Na idade adulta, embora existam evidências clínicas que comprovem a permanência dos sintomas, os estudos sobre as taxas de prevalência são inconclusivos (BARKLEY, 2008).

Da mesma forma, Barbosa e Gaião (1997), afirmam que a literatura das décadas de 60-70 trazia uma prevalência de 4 meninos para cada menina afetada, e alguns estudos encontraram uma proporção de até 9:1. Porém, em seus estudos (Barbosa e Gaião, 1997) outros resultados emergiram. Em sua amostra, as diferenças entre meninos e meninas afetadas não foram significativas, o que levou os autores a considerar as características do TDAH em meninas, e o que se percebe é que o sexo feminino concentra mais características do subtipo desatento, ou seja, tem menos características de hiperatividade/impulsividade o que pode acarretar maiores danos, por serem menos submetidas ao tratamento.

As variações entre as taxas de prevalência são comuns, segundo Golfeto e Barbosa, (2003) os dados podem sofrer alterações nos diferentes países, assim como pode haver discordância entre autores num mesmo país. Este viés se deve mais a uma falta de padronização metodológica nas avaliações do que a divergências reais nos dados. Estudos clínicos, por exemplo, tendem a apresentar taxas mais elevadas de prevalência do que estudos comunitários, isto porque as amostras clínicas, possivelmente, sejam formadas de crianças com problemas comportamentais.

O instrumento utilizado também acarreta discrepâncias nas amostras avaliadas. Estudos em que o critério utilizado foi o DSM-III R, a prevalência foi de 10,3%, o que diverge dos dados obtidos com o DSM-IV (Golfeto e Barbosa, 2003).

Essa divergência também foi constatada por Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) que encontraram diferenças significativas entre as avaliações pautadas no DSM-IV (18%) e em critérios neuropsicológicos (3,5%). Barbosa e Gaião (1997), a partir do questionário Conners para pais e professores, encontraram taxa de prevalência de apenas 3% de sintomatologia hipercinética entre crianças.

Lee, et al (2008) em estudo realizado em um serviço de atendimento psiquiátrico em Toronto, no Canadá, buscaram identificar entre 419 crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos, as prevalências do TDAH em seus três subtipos, ou seja, combinado, hiperativo-impulsivo e desatento (de acordo com o DSM-IV) e do Transtorno Hipercinético (segundo a CID-10). A partir dos critérios específicos de cada publicação, compararam as prevalências e encontraram segundo a CID-10, 11% de crianças com transtorno hipercinético, e segundo o DSM-IV 14,3% de TDAH subtipo hiperativo-impulsivo, 27% do subtipo desatento e 47% do tipo combinado. Todos os casos de Transtorno Hipercinético preenchiam os critérios para TDAH subtipo combinado, porém o inverso não aconteceu.

O estudo ainda concluiu que os casos que preenchiam os critérios da CID eram os mais severos, em segundo lugar os de TDAH combinado e em menor grau de severidade estavam os subtipos desatentos e hiperativos-impulsivos. O estudo levanta como hipóteses para a discrepância o fato de que a CID apresenta critérios mais rigorosos, entendendo que os dois padrões praticamente delineiam entidades diagnósticas com diferença de prevalência em amostras clínicas. Além do fato da CID não classificar os subtipos, o que requer que estejam presentes sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Como resultado tem-se que de acordo com o DSM a prevalência do transtorno chega a até 20 vezes mais do que segundo os critérios da CID.

No maior e mais recente estudo sobre a prevalência mundial do TDAH, Polanczyk et al (2007) pesquisaram quais eram os fatores envolvidos na variação das estimativas baseados na suposição de que existissem diferenças relacionadas à localização geográfica. Constataram que as diferenças numéricas a respeito da prevalência devem-se, prioritariamente, às diferenças metodológicas utilizadas. Após analisarem mais de 100 artigos de todo o mundo sobre a epidemiologia do TDAH, os autores chegaram a uma taxa de prevalência de 5,29%, incluindo dados da América do Norte, América do Sul, Europa, África, Ásia, Oceania e Oriente Médio.

Por fim, outro fator que pode interferir nos resultados é a fonte de informação. Professores, por exemplo, tendem a avaliar mais positivamente crianças como hiperativas do que seus pais. Para Rohde (1999), com critérios cuidadosos e diagnósticos clínicos, em estudo realizado com 1.013 adolescentes brasileiros a taxa de prevalência ficou em 5,8%, que para o autor, é semelhante às taxas encontradas em outras culturas. Desta forma, deve-se sempre observar os critérios utilizados para se analisar as taxas de prevalência, quando se fala em TDAH, bem como se faz urgente uma padronização dos critérios e instrumentos diagnósticos.

Estes dados deverão auxiliar os estudiosos a buscarem uma padronização metodológica nas pesquisas relativas à prevalência do transtorno.

3.5 O Impacto na Família

Muito se discute acerca do papel da família na origem do TDAH. A imprensa leiga algumas vezes afirma que o TDAH tem suas origens na desagregação familiar. Mesmo entre os profissionais da área da saúde e da educação, existe uma crença

de que o TDAH é causado por ausência dos pais no convívio familiar. Como relata Gomes (2007), em sua pesquisa realizada nas principais capitais do Brasil com 3.122 indivíduos entre educadores, médicos (clínicos gerais, neurologistas, neuropediatras, pediatras e psiquiatras), psicólogos e ainda amostras da população em geral, 50% dos entrevistados acreditam que o TDAH é causado por pais ausentes e que não sabem impor limites, o que demonstra o desconhecimento acerca do transtorno.

Estudos apontam para uma correlação entre crianças desatentas ou hiperativas e casais desestruturados, porém, os conhecimentos a respeito do TDAH hoje, nos permitem afirmar que a família exerce um fator secundário sobre a doença, sendo as causas neurobiológicas o fator principal.

Conforme afirma Ferrioli (2007) os transtornos mentais de maneira geral “têm sido associados a fatores de exposição precoce a ambientes incontrolláveis, acúmulos de eventos de vida adversos e a ter um genitor com algum transtorno”.

Vasconcelos (2005) constatou que famílias desestruturadas têm maior chance de desencadear o transtorno, e que eventos do passado, como violência parental, podem ser considerados fatores de risco para o diagnóstico.

Por outro lado, Guilherme et al (2007) em uma revisão de literatura relata a insatisfação dos pais em sua função com relação a um filho hiperativo, devido às dificuldades enfrentadas, e ainda assinala o quanto o funcionamento familiar parece afetado frente aos desafios na educação dos filhos. Não é raro, na clínica, um dos pais dizer que se sente culpado pela falta de controle sobre seu filho, ou mesmo os pais discutirem sobre a melhor forma de lidar com a criança, tornando a situação ainda mais complicada.

Segundo Barkley:

De modo geral as reações dos pais de crianças com TDAH parecem se caracterizar por um estilo disciplinar mais frouxo, mais hiper-reativo, formas mal-adaptativas de enfrentar problemas, táticas de controle coercitivas (negativas/ineficientes), maior expressão emocional e percepções mais negativas de seus relacionamentos com os filhos que o observado nas famílias comuns. (Barkley, 2008, p. 207)

Tal desordem, porém, pode estar associada ao fato de que devido às suas bases genéticas o TDAH assim como outros transtornos psiquiátricos muitas vezes afeta mais de um membro da mesma família, de modo que um dos pais pode ser também portador do transtorno, o que influencia a configuração familiar, tornando possível, em muitos casos que o pai e/ou mãe afetado seja também vítima dos sintomas que prejudicam sua produtividade e a capacidade de desempenhar funções que necessitem de organização, como é o caso dos papéis parentais.

Ferrioli (2007) aponta para a necessidade do suporte familiar, no sentido de orientar as famílias, pois a “instabilidade ambiental” tende a prejudicar ainda mais essas crianças, exacerbando seu comportamento impulsivo.

Embora os estudos sobre as relações familiares e o TDAH não sejam conclusivos, como qualquer doença, o transtorno afeta a configuração familiar em vários sentidos, e interage com a subjetividade dos envolvidos de modo que cada família deve ser compreendida dentro de sua individualidade.

3.6 O Impacto Social

Os estudos acerca do impacto social do TDAH, certamente devem começar pelos prejuízos causados por ele na vida da criança. Desta forma, não há dúvidas

que eles têm início no âmbito escolar, pois a falha na concentração dificulta a adaptação da criança e num segundo momento na vida social. Considerando-se que a vida social de uma criança tem início na esfera familiar seguida pela escola, depreende-se porque esta, normalmente, é vista pela criança com o transtorno como um ambiente chato e hostil.

Os primeiros prejuízos se fazem sentir no âmbito acadêmico. Mesmo sabendo-se não existir correlação entre inteligência prejudicada e TDAH, os déficits atencionais interferem na capacidade de concentração da criança com conseqüente decréscimo em seu desempenho escolar.

Quando a hiperatividade/impulsividade for a característica mais acentuada do transtorno, possivelmente esta criança terá dificuldades no relacionamento social com os colegas, devido à incapacidade de esperar sua vez, por ser inquieta e perturbadora, o que a torna suscetível à rejeição por parte das outras crianças.

Essas características predis põem a criança a comportamentos agressivos ou ao isolamento social, de qualquer forma, é evidente o prejuízo para a auto-estima.

Sob uma perspectiva social, esses indivíduos representam um alto custo para a sociedade, pois têm chances elevadas de fracasso escolar, maiores necessidades de apoio psicopedagógico, são mais suscetíveis a acidentes domésticos, atropelamentos, etc. Na adolescência tem maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco, tanto de atividades auto-agressivas como esportes radicais, dirigir de maneira perigosa e comportamentos sexuais considerados de risco.

Pesquisas internacionais revelam que os custos entre saúde e educação de crianças e adolescentes com o transtorno pode ser até duas vezes maior do que de

seus pares sem o diagnóstico (Leibson, 2001). Isto porque os prejuízos emocionais, cognitivos, acadêmicos e de abuso de substâncias aumenta consideravelmente entre os pacientes com TDAH e suas comorbidades. A autora acompanhou durante dezenove anos uma população de 4119 crianças nos EUA, e cruzando os dados médicos e escolares dos participantes, ao final de sua pesquisa concluiu que aquelas diagnosticadas com o TDAH tinham o custo médio anual de U\$ 4306 contra U\$ 1944 daquelas sem o diagnóstico.

Da mesma forma, em um estudo preliminar de revisão de literatura, também realizado nos EUA, acerca do impacto econômico do TDAH, Pelham e cols. (2007) estimaram que o custo médio anual das crianças e adolescentes com o transtorno para a sociedade é de U\$ 42,5 bilhões, com uma variação entre U\$36 a U\$ 52,4 bilhões.

No caso de haver transtornos disruptivos comórbidos o prognóstico é ainda pior, sob essa condição há grandes chances de apresentarem comportamento agressivo, de se envolverem em atividades criminosas, e maiores probabilidades de detenção (GREVET, 2007).

Embora não exista no Brasil, estudos específicos acerca do impacto econômico do transtorno, esses dados, apontam para gastos excessivos em saúde e educação o que coloca o TDAH entre os problemas de saúde coletiva, merecendo especial atenção do poder público.

4 OS INSTRUMENTOS E PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO

Para que tenhamos uma avaliação adequada de um constructo é necessário que haja uma boa definição constitutiva do mesmo. No caso do TDAH, sabe-se que é um transtorno de bases neurobiológicas. Esta definição abstrata para ser passível de investigação e avaliação necessita tornar-se operacional, ou seja, ser definida em termos concretos, ou comportamentos físicos por meio dos quais o constructo se expressa (PASQUALI, 2000). Assim, o TDAH pode ser expresso por comportamentos de inquietação motora, desatenção e impulsividade, sendo esses os sintomas cardinais que são investigados pelos instrumentos de avaliação.

Segundo Pereira (2003) quando aplicamos um teste a um grupo controle e um grupo experimental pode-se atestar a validade do mesmo, pois esse tipo de análise permite conhecer a “proporção de acertos (verdadeiros positivos e verdadeiros negativos) e de erros (falsos-positivos e falsos negativos)” estabelecendo-se assim a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos. A sensibilidade “é a capacidade que o teste apresenta de detectar os indivíduos verdadeiramente positivos” e a especificidade “é a capacidade que o teste tem de detectar os verdadeiros negativos”.

Devido às evidências de que o TDAH esteja relacionado com as funções executivas (FEs), que são comandadas pelo córtex pré-frontal, os testes neuropsicológicos que as avaliam podem ser aliados na investigação do transtorno. Dessa forma, para se avaliar adequadamente as FEs, usa-se subdividi-la em suas componentes: memória de trabalho, atenção seletiva, flexibilidade e capacidade de planejamento, por exemplo, para tornar viável a aplicação de testes.

Para alguns autores (Rubia, 2001, Mota, 2000) as avaliações complementares às entrevistas clínicas são necessárias para refinar a validade do diagnóstico, o que reforça a importância de se trabalhar com modelos neuropsicológicos.

Atualmente inúmeras pesquisas são realizadas com o intuito de adaptar e validar testes neuropsicológicos para a população brasileira, isto porque muitos testes não são aceitos pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia) devido à falta de normatização dos mesmos, o que restringe sua utilidade ao âmbito da pesquisa.

Capovilla (2007) descreve alguns estudos que apresentam versões de testes tradicionalmente utilizados para avaliar as funções executivas e que são aplicados para verificar as interrelações entre as mesmas e o TDAH. Entre os exames mais comuns encontram-se o Teste de Stroop, Teste de Geração Semântica, Teste de Trilhas e Torres de Londres, que auxiliam na avaliação da “atenção seletiva, controle inibitório, flexibilidade e planejamento, respectivamente”. Também são utilizados testes de Memória de Trabalho auditiva e visual e testes de Fluência Verbal.

No teste de Stroop são apresentados, primeiramente, nomes de cores em tinta preta. Em seguida as cores são escritas em tinta colorida, havendo concordância entre a cor da tinta e o nome da mesma. Na terceira parte do teste as cores são apresentadas em quadrados e na quarta parte as cores são escritas em tinta colorida, como na segunda parte do exame, porém a cor escrita não corresponde à palavra, de forma que o sujeito deve responder a cor da tinta em que as palavras são escritas e não o conteúdo verbal (CAPOVILLA, 2007).

O Teste de Geração Semântica é um exame no qual são apresentados, por escrito ou por figuras, substantivos diante dos quais os sujeitos devem gerar um verbo, semanticamente relacionado. Esses substantivos podem ser de duas

categorias: alta seleção, ou seja, aqueles que se relacionam a vários verbos, e baixa seleção, que se relacionam a um só verbo. O presente teste é internacionalmente usado para avaliar o controle inibitório, sendo sensível a lesões frontais, de modo que se espera que indivíduos com TDAH apresentem desempenhos rebaixados na tarefa de geração semântica (CAPOVILLA, 2007).

No Teste de Trilhas são apresentados letras e números em uma folha de papel e o sujeito deve a partir das instruções intercalar as ordens numéricas e alfabéticas. Já o Torre de Londres, que é uma versão adaptada do teste “Torre de Hanói”, tem sido tradicionalmente utilizado em neuropsicologia, como um procedimento para identificar distúrbios nos processos de planejamento relacionados a alterações nos lobos frontais (CAPOVILLA, 2007).

Com relação à memória de trabalho, Capovilla (2007) afirma que estando relacionada ao córtex pré-frontal lateral, permite a “representação transitória de informações relevantes para uma dada tarefa”, este armazenamento temporário, bem como a manutenção ativa deste conteúdo é o que se conhece por memória operacional (MELLO, MIRANDA e MUSZKAT, 2005) e pode ser avaliada por meio de testes específicos para memória de trabalho auditiva ou visual, como o teste da Figura Complexa de Rey, que examina as funções de memória visual e atividade perceptiva por meio de apresentação de estímulos (este exame tem tempo de aplicação variável, chegando a 25 minutos).

Desta forma, temos uma variedade de exames neuropsicológicos que são empregados para avaliar a presença ou não do transtorno e investigar o desempenho da criança com TDAH comparadas a um grupo controle. Nass (2006) afirma que esses tipos de testes não são, necessariamente, uma parte da avaliação

do transtorno, a menos que se queira avaliar alguma comorbidade específica, porém, concorda que a avaliação neuropsicológica pode reforçar o diagnóstico.

Esse tipo de avaliação torna-se proveitoso ao investigar o desenvolvimento de crianças com o transtorno comparando-as com grupos sem o diagnóstico. Assim, pode-se verificar características comuns às crianças com TDAH que “fogem” do padrão das outras da sua idade, sendo possível traçar características comuns aos portadores do transtorno, que podem auxiliar na confirmação do diagnóstico e tratamento.

Os instrumentos mais utilizados são os testes neuropsicológicos, as entrevistas e as escalas. As entrevistas são questionários padrões que normalmente derivam do DSM-IV-TR e visam averiguar junto aos pais e à criança dados sobre seu comportamento.

Já as escalas de avaliação se propõem a medi-lo por meio da pontuação de assertivas sobre a conduta da criança, e são preenchidas pelos pais ou responsáveis e professores.

Alguns estudos valem-se dos testes projetivos. Muito utilizados em psicologia, esses analisam a personalidade por meio de técnicas de desenho, contação de histórias ou interpretação de pranchas (Rorschach). São instrumentos validados em população considerada normal e que comparados aos dados de crianças com o transtorno podem revelar traços de personalidade comuns aos pacientes com TDAH, além de auxiliarem a diferenciá-lo dos transtornos de humor ou de ansiedade (BARKLEY, 2008).

As críticas relacionadas aos diferentes instrumentos de avaliação, em geral fazem referência à diversidade de informações por eles fornecidas. Primeiro, porque

nem todos se propõem a 'medir' as mesmas características, segundo, porque a variedade de informantes é prejudicial quando em alguns momentos, ambos os pais podem fazê-lo, noutros apenas a mãe ou ainda a avó, e outras é o professor que se dispõe a isso. Para reduzir essas discrepâncias, algumas pesquisas estabelecem concordância entre os informantes. Esta, embora seja válida, pode diminuir a prevalência do diagnóstico (MOTA, 2000).

Barkley (2008) afirma que alguns testes, apesar de confiáveis, como o WISC III, não são aptos para excluir ou diferenciar o TDAH de outras patologias, como transtorno mental ou alterações do humor, que somados ao alto custo e o tempo prolongado de aplicação inviabilizam sua ampla utilização, considerando, portanto a entrevista clínica baseada no DSM-IV o melhor instrumento de avaliação.

5 MÉTODO

5.1 Modelo

O modelo de investigação utilizado foi o de pesquisa qualitativa. Dado o caráter de revisão bibliográfica da pesquisa, esse modelo é o que mais se adapta, visto que, em primeira instância deverá ser analisada a qualidade da produção existente. Bosi (2004) propõe que esse tipo de pesquisa nos serviços de saúde valoriza, não apenas a produção do conhecimento, como também é um processo emancipador, pois possibilita a reflexão e o desenvolvimento de uma consciência crítica, que se faz necessária, em virtude da variabilidade de estudos sobre o transtorno e da ausência de um consenso a respeito das formas de avaliação do mesmo.

Chizzoti (2003) afirma que a investigação qualitativa propõe uma relação entre o observador e o projeto de pesquisa e conseqüentemente uma posição não neutra do observador em relação aos fenômenos que interpreta. Em contrapartida, Demo (2000) acredita que a pesquisa qualitativa permite um aprofundamento da análise, o que é fundamental para o estudo de revisão bibliográfica. Acreditamos que utilizando-nos desse método de investigação, será possível realizar uma análise bem sucedida dos dados obtidos.

5.2 Tipo de estudo

O método utilizado na pesquisa será o de revisão bibliográfica. Esse tipo de estudo, como proposto por Luna (2007) possibilita trabalhar com o que já foi publicado na literatura com relação ao tema proposto, e assim, investigar a evolução

de um conceito, as lacunas existentes, ou mesmo quais os principais entraves teóricos e/ou metodológicos em determinada área.

Sendo o TDAH um transtorno que gera controvérsias a respeito da validade de seu diagnóstico como observado na literatura, acreditamos que a revisão bibliográfica aqui proposta, deva contribuir para levar o leitor a entrar em contato com a produção especializada a fim de auxiliar na reflexão a respeito dos entraves ainda existentes na área. Como afirma Marconi & Lakatos (2006), esse tipo de pesquisa, ao colocar o leitor em contato com o que já foi publicado, deve oferecer meios para definir, resolver e explorar áreas onde os problemas ainda não foram suficientemente cristalizados.

5.3 Coleta de dados

5.3.1 Critérios de busca

O material utilizado para a pesquisa constituiu-se de artigos publicados em periódicos de psiquiatria, neurologia e psicologia, em português e inglês que tratassem do tema proposto.

Para dar procedimento à coleta de material foram utilizados todos os artigos publicados entre 1999-2009 no Brasil, compreendendo estudos que investigassem o TDAH e sua prevalência a partir de escalas, entrevistas, avaliações neuropsicológicas e testes projetivos além dos critérios do DSM-IV e da CID-10.

As bases de dados utilizadas para essa revisão seletiva foram: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Index Psi Periódicos e Biblioteca Cochrane.

Para realizar a busca de artigos foram estabelecidas as palavras-chaves, utilizando-se ainda o cruzamento entre elas. Quando havia alguma busca sem quaisquer resultados, era realizada, então, uma busca sistemática, em todos os volumes indexados online. As palavras-chaves utilizadas na busca foram: hiperatividade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, diagnóstico, criança e avaliação e também as palavras em inglês: hyperactivity disorder, attention deficit hyperactivity disorder, diagnosis, children e evaluation.

5.3.2 Critérios de seleção e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os trabalhos que analisam em seu contexto

- Os diferentes critérios utilizados para avaliar o TDAH, dessa forma incluímos os trabalhos que explicitavam o referencial utilizado.
- Estudos comparativos entre os critérios e/ou instrumentos utilizados;
- Trabalhos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH, em comparação com grupos controle e
- Trabalhos que avaliam as funções executivas e suas relações com o TDAH.

Foram excluídos da pesquisa os artigos sobre medicação, os que diziam respeito ao TDAH em adultos, os que faziam referência apenas à etiologia, os de prevalência que eram baseados apenas no DSM-IV como critério diagnóstico, as discussões críticas que não apresentavam dados empíricos e os trabalhos de investigação das comorbidades.

5.3.3 Procedimento e Critérios de análise

Foi realizada análise qualitativa dos dados, que, de acordo com Turato (2005), utiliza de categorização por relevância teórica para tratamento e avaliação dos mesmos. Também foi realizada análise interpretativa dos dados, pois, segundo Demo (2000) este tipo de avaliação possibilita uma formalização profunda, através do trabalho com o material estudado; aparecimento de relevos recorrentes a partir de traços comuns entre as pesquisas e diferenças exemplares que não devem ser consideradas acasos.

Dessa forma, os trabalhos que se enquadraram nos critérios de seleção foram analisados em categorias para melhor compreensão dos dados coletados, em função do tipo de instrumento utilizado nas avaliações e dos objetivos das pesquisas, assim encontramos cinco categorias:

- Prevalência do transtorno;
- Características de personalidade específicas de crianças com TDAH;
- Avaliação dos testes neuropsicológicos e das funções executivas relacionadas ao TDAH e
- Desempenho dos instrumentos na avaliação diagnóstica.

6 RESULTADOS

6.1 Introdução

A partir dos artigos encontrados foi realizada pela autora uma leitura prévia dos resumos que tinham o título compatível com o tema do trabalho e os que diziam respeito ao objetivo da pesquisa foram salvos em pastas. Essa leitura se fez necessária dado que muitos artigos sobre o TDAH são publicados diariamente e, embora muitas vezes o título fosse abrangente não havia correspondência direta com a presente pesquisa.

Dessa forma, os trabalhos que se enquadraram nos critérios de exclusão foram inutilizados, assim, também foram excluídos os trabalhos que avaliavam o transtorno associado às comorbidades, tendo em vista a necessidade de se estabelecer critérios para o diagnóstico do TDAH antes de classificar suas comorbidades.

Após esta seleção prévia, restaram 45 artigos que foram submetidos à leitura criteriosa, e, conforme os critérios de seleção, emergiram as categorias de análise. Assim, utilizamos na pesquisa 20 trabalhos, sendo 18 artigos e 2 dissertações de mestrado.

Os resultados obtidos são aqui apresentados a partir das categorias de análise, pois acreditamos que essas auxiliem na compreensão dos mesmos. Tendo em vista os objetivos de nossa pesquisa de investigar os instrumentos utilizados para se estabelecer o diagnóstico do transtorno, obtivemos estudos com objetivos também diversificados.

6.1.1 Estudos sobre a prevalência do transtorno

Em 2000, **Guardiola, Fuchs e Rotta** em um estudo observacional, avaliaram uma amostra de 484 estudantes de primeiro grau da cidade de Porto Alegre, com idades médias de 7 anos, utilizando-se dos critérios do DSM-IV e exames neuropsicológicos que consideravam o desenvolvimento das funções neuromotoras, além dos critérios para o TDAH de acordo com os aspectos neuropsicológicos (Anexo 2).

As prevalências encontradas foram de 18% para o DSM-IV e 3,5% para os critérios neuropsicológicos. Quando foram somados a esses, critérios que avaliassem a persistência motora as taxas foram de 3,9%. A diferença significativa entre os resultados sugere que o DSM-IV superestime a prevalência, possivelmente porque inclui outras desordens comportamentais, de maneira que os autores acreditam que o mesmo deva ser utilizado como ferramenta de rastreamento em conjunto com outras medidas e avaliações.

Assim, crianças que são diagnosticadas por meio do DSM isoladamente poderão ser excluídas pelos critérios neuropsicológicos, sendo o diagnóstico reservado àquelas que apresentem prejuízos significativos.

Poeta e Neto (2004), para avaliar a prevalência do TDAH entre escolares de 1ª a 4ª série do ensino fundamental de cinco escolas da rede pública de Florianópolis (SC), utilizaram-se da Escala Farré e Narbona (Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad- EDAH) com pais e professores de 1.898 crianças com idades entre 6 e 12 anos e obtiveram uma taxa de prevalência de 5% para TDAH associado ao transtorno de conduta, o que condiz com a literatura, e torna, para os autores, o método favorável, no entanto, a prevalência para o TDAH puro foi de apenas 0,36%.

A presente escala (Anexo 3), que é uma adaptação da escala Conners à população espanhola, e foi validada através de correlações com o DSM-IV, classifica a criança com o predomínio dos sintomas de hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção ou sintomas do déficit de atenção/hiperatividade associados ao transtorno de conduta (global).

De maneira semelhante, **Pondé e Freire (2007)**, avaliaram as taxas de prevalência do distúrbio a partir da Escala de TDAH versão para professores de Benczik (Anexo 4), numa amostra de 774 crianças e adolescentes matriculados na rede pública e privada de Salvador (BA) com idades entre 6 a 17 anos.

Esta escala foi desenvolvida especificamente para professores como fonte de informação, a respeito dos comportamentos do estudante no ambiente escolar. Composta de 49 itens subdivididos em quatro categorias avalia a probabilidade da criança de apresentar comportamentos de déficit de atenção, hiperatividade/impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento anti-social e foi escolhida pelos autores por sua aplicação exclusiva com os professores e por permitir identificar as crianças que apresentem maior probabilidade de apresentar o transtorno.

Como resultado encontraram 6,7% de crianças com alta probabilidade de apresentarem o transtorno. Como a escala permite uma avaliação por subtipos os autores identificaram dentre esse percentual de crianças possivelmente afetadas: 4% do subtipo desatento, 1,7% com maior comportamento hiperativo-impulsivo e 1% do subtipo combinado. Os autores acreditam que as altas taxas de prevalência segundo o DSM-IV são devidas ao fato de que o DSM-IV leva em consideração apenas os sintomas atuais, ignorando outros critérios essenciais, como duração e início dos

sintomas, severidade e grau de afetação do paciente, bem como a exclusão de outras desordens.

No mesmo ano, **Pastura, Mattos e Araújo (2007)**, utilizaram para verificar a prevalência do TDAH entre 304 escolares do ensino fundamental de uma escola pública do Rio de Janeiro (RJ) a *SNAP-IV Rating Scale* (Swanson, Nolan, and Pelham-IV) (Anexo 5) e o questionário P-CHIPS que aplicados com os pais e professores identificaram 8,6% de crianças com TDAH. A escolha da SNAP-IV se deu, pois a mesma é auto aplicável, podendo ser preenchida pelos informantes sem a presença do pesquisador.

Tanto a escala quanto o questionário são baseados no DSM-IV, sendo que o segundo permite a identificação de comorbidades, que, neste estudo apresentaram-se em 58% dos casos. Os autores consideram esses dados inferiores aos achados internacionalmente que situam a prevalência em torno de 16%, e acreditam que uma das hipóteses para o fato esteja relacionada a fatores culturais, visto que alguns itens dos critérios como: matar aula, mentir para conseguir o que deseja e fugir de casa, têm valores diferentes para a cultura brasileira e americana. Esses fatos são relevantes e devem ser considerados no momento de verificar a validade do uso dessas escalas em cada população específica.

Azevêdo (2008), em sua pesquisa, fez o levantamento da prevalência do distúrbio em uma população indígena brasileira. O autor interessou-se em verificar se uma população culturalmente diversa da população branca habitual dos estudos apresentaria o transtorno tal qual o conhecemos. Aplicou então instrumentos conhecidos e compatíveis com os diagnósticos feitos pelo DSM-IV, o CBCL (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18) e o TRF (Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18

anos) (Anexos 6 e 7), em 144 crianças e adolescentes índias Karajá de 7 a 16 anos, escolhidas aleatoriamente de forma proporcional ao tamanho das aldeias (residentes às margens do rio Araguaia (GO) e à Ilha do Bananal no Estado de Tocantins) e encontrou uma prevalência de 10,4% para o CBCL (pais e cuidadores) e de 2,8% para o TRF (professores).

O CBCL é em questionário de rastreamento de problemas de comportamento e emocionais. “Embora não sejam instrumentos de diagnóstico, eles possibilitam fazer o levantamento dos casos triagem positiva para vários problemas em saúde mental da infância e adolescência” (Azevêdo, 2008), dentre os quais, o TDAH.

O autor optou por este instrumento por sua ampla utilização, em mais de 50 países, mesmo assim procedeu a uma adaptação do questionário, conservando suas características, pois acredita que, embora cada cultura tenha suas especificidades, seria impróprio propor um modelo único para cada uma em particular.

Azevêdo convida à reflexão acerca da questão entre as “influências da biologia (fatores constitucionais) versus as influências ambientais”, levando-se em consideração que os sujeitos de seu estudo, ao contrário das crianças da maioria das pesquisas, das quais se exige um “comportamento adultomorfo”, vivem com total liberdade, ladeadas pelo rio e pelo cerrado e apresentaram as mesmas taxas de prevalência encontradas em outras culturas.

Tabela 1 – Resumo dos artigos sobre a prevalência do transtorno

	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Guardiola, Fuchs e Rotta 2000	Medir a prevalência de sintomas de TDAH	Critérios do DSM – IV e neuropsicológicos	484 estudantes de primeiro grau	Prevalência de 18% segundo o DSM-IV; 3,5% de acordo com os critérios neuropsicológicos

Poeta e Neto 2004	Medir a prevalência de sintomas de TDAH	Escala de Farré e Narbona	1.898 estudantes de primeiro grau da rede pública de Florianópolis (SC)	Prevalência de 5% de TDAH associado ao TC (transtorno de conduta)
Pondé e Freire 2007	Medir a prevalência de sintomas de TDAH	Escala de TDAH para professores de Benczik	774 crianças da rede pública e privada se Salvador (BA)	Probabilidade de 6,7% de apresentar o distúrbio
Pastura, Mattos e Araújo 2007	Medir a prevalência de sintomas de TDAH e suas comorbidades	SNAP-IV Questionário: P-CHIPS (<i>Children's interview for psychiatric syndromes</i>)	304 alunos de ensino fundamental do Rio de Janeiro (RJ)	Prevalência de 8,6%, com 58% de comorbidades
Azevêdo 2008	Medir a prevalência de sintomas de TDAH entre crianças índias Karajá	CBCL (<i>Children Behavior Checklist</i>) TRF	144 crianças e adolescentes índias Karajá	Prevalência de 10,4% - CBCL 2,8% - TRF

6.1.2 Estudos sobre avaliação neuropsicológica e funções executivas relacionadas ao TDAH

Em 2001, **Amaral e Guerreiro** realizaram um estudo observacional com 10 crianças diagnosticadas com TDAH a partir do DSM –IV e um grupo controle composto por 10 crianças sem queixas na faixa etária de 7 a 11 anos, estudantes da rede pública de Campinas.

O objetivo foi verificar diferenças nos desempenhos das crianças, e para isso foi aplicada a Escala de Conners (Anexo 8) para professores e utilizados os testes neuropsicológicos: Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) que avalia o raciocínio abstrato, a capacidade do indivíduo de criar estratégias de solução de problemas e de modificar suas estratégias cognitivas de acordo com a demanda ambiental; Teste de Cancelamento (TC), que é utilizado para avaliação da vigilância, examinando a capacidade de atenção seletiva e sustentada; *Color Trail Test* (CTT), que avalia a atenção complexa, exigindo atenção visual e concentração; Ausência

de Distratibilidade (AD) do WISC, avaliados por meio dos subtestes de dígitos e aritmética que permitem analisar a capacidade de armazenar dados a curto prazo; Evocação Seriada (TES) que avalia os aspectos relacionados à vigilância, concentração e perseveração e Teste de Desempenho Escolar (TDE) que busca reconhecer de maneira objetiva o desempenho da escrita, aritmética e leitura.

Esses testes em conjunto examinam as funções executivas de planejamento, flexibilidade do pensamento, memória de trabalho, monitoração e inibição de respostas, que, conforme a literatura estão comprometidas no TDAH.

As autoras encontraram desempenho inferior do grupo clínico em todos os testes, sendo que o item erros do WCST apresentou diferença levemente significativa. Embora apareça de maneira controversa na pesquisa, o que foi observado pelas autoras é que à exceção do item erros do WCST não foi observada diferença significativa nos outros testes. Uma possível hipótese seria o tamanho reduzido da amostra e o grau de comprometimento da mesma não ser considerado grave, visto que se tratava de uma amostra da comunidade e não ambulatorial.

Para investigar a relação entre as funções executivas e o TDAH, **Valente (2003)** utilizou uma amostra de 21 pares de crianças (com déficit de atenção e controles normais), com idades entre 7 a 11 anos, de duas escolas públicas de Campinas, São Paulo, e as submeteu a uma série de tarefas que utilizavam a linguagem de programação Logo. A partir da integração dos resultados dos testes neuropsicológicos e os dados da linguagem Logo, foi realizada uma análise baseada num modelo conceitual da modulação do comportamento em três eixos, movimento, atenção e intenção, com o objetivo de identificar dificuldades específicas na modulação da atenção, intenções e controle motor durante o processo de resolução de problemas.

A autora optou por utilizar a linguagem de programação Logo, por sua interatividade e por apresentar situações que demonstram a interrelação dos três eixos do comportamento. Baseado na teoria de Piaget, o programa conta com situações de resolução de problemas às quais a criança recebe um feedback imediato, e assim, tem a possibilidade de identificar e corrigir seus próprios erros.

Para dar procedimento à avaliação, as crianças foram submetidas ao Teste de Cancelamento (atenção concentrada), Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, WCST, (raciocínio abstrato, capacidade de criar estratégias de solução de problemas e de modificar suas estratégias cognitivas de acordo com a demanda ambiental) e Teste de Trilhas (capacidade de atenção e flexibilidade cognitiva).

Como resultado, Valente encontrou, entre o grupo com TDAH mais erros nos testes relativos à capacidade de leitura e escrita, porém não encontrou diferenças significativas entre os grupos no que se referia à aritmética. Na avaliação da coordenação motora fina, embora a diferença no número de erros não tenha sido significativamente relevante a autora observou que o grupo com TDAH apresentou mais respostas impulsivas.

Com relação ao prejuízo da capacidade de atenção que era esperado entre as crianças com TDAH, a autora considerou que o estudo falhou em demonstrá-lo, pois não houve diferenças significativas. O grupo com TDAH apenas apresentou maior demora nos testes de completar letras. Mesmo nos testes de computador, onde se esperava maior concentração das crianças devido à natureza dinâmica desses testes, o grupo com TDAH apresentou maior distratibilidade.

Os resultados esperados apareceram na avaliação do sistema intencional. O grupo com TDAH apresentou maior dificuldade em estratégias de planejamento e de atenção concentrada, demonstrando déficits na capacidade de organização

sistemática. Outro aspecto no qual o grupo com TDAH demonstrou problemas na integração das sequências de respostas do WSCT, com dificuldades de compreender a situação problema e assim encontrar uma terceira categoria que auxiliasse na solução dos mesmos.

Para a autora, embora os resultados dos testes isolados não tenham apresentado diferenças significativas em termos numéricos, na avaliação dos eixos comportamentais, motor, atenção e intenção os resultados foram satisfatórios, pois, integrando os dados percebeu impulsividade motora, dificuldade de atenção concentrada, menor flexibilidade, menos respostas adaptativas e menores habilidades de integração.

Compreende a autora que a separação em termos de atenção e intenção levanta questões acerca da validade da atenção com um déficit primário no TDAH, isto porque neste estudo percebeu que quando o nível de motivação e interesse eram considerados os padrões da atenção se modificaram, e nem aparentemente percebia-se um déficit atencional. Desta forma, Valente (2003) concluiu que o modelo da divisão em eixos do comportamento é satisfatório para investigar o TDAH e que seus resultados são compatíveis com a teoria das disfunções executivas nas crianças com TDAH.

Cozza, 2005, em sua dissertação de mestrado buscou analisar a validade de diferentes instrumentos que avaliam as funções executivas por meio da correlação dos escores de crianças em avaliações do TDAH e seu desempenho nas tarefas executivas. Investigou ainda se haveria relações entre o TDAH e cada uma das subcomponentes das funções executivas (memória de trabalho auditiva, memória de trabalho visual, atenção seletiva controle inibitório, planejamento e flexibilidade).

Partindo de uma amostra de 154 crianças com idades de 8 a 10 anos, de escolas públicas de Santo André, São Paulo, o autor aplicou a Escala de Transtorno de déficit de atenção e Hiperatividade, questionário para professores, de Benczik (2000). Utilizou ainda o Teste de Memória de Trabalho Auditiva e Visual de Primi, o Teste de Stroop (avaliar atenção seletiva), o Teste de Geração Semântica (avaliar o controle inibitório), o Teste de Trilhas (avaliar a flexibilidade cognitiva) e Torre de Londres (avaliar a capacidade de planejamento). Tanto o teste de memória de trabalho auditiva quanto visual utilizados pelo autor são testes informatizados, nos quais o sujeito ouve ou vê estímulos e deve repeti-los da forma indicada no próprio computador. Dessa forma a avaliação é automática e pode-se ter exatamente o tempo de resposta. O Teste de Stroop foi aplicado para avaliar a atenção seletiva, neste estudo o autor utilizou uma versão atualizada e computadorizada do teste.

Também foi aplicado o teste de Geração Semântica, para avaliar o controle inibitório e o Teste de Trilhas para avaliar a flexibilidade cognitiva. Por último foi aplicado o teste Torre de Londres. Semelhante à versão original, mas computadorizado, esse teste apresenta três hastes verticais e três esferas coloridas dispostas em uma das hastes e que devem ser transpostas para outra com o menor número de arranjos possíveis. O fato de ser computadorizado permite avaliar o tempo de resposta exato.

Os resultados foram avaliados a partir da correlação dos testes. Houve correlações significativas entre as medidas da Escala de Déficit de Atenção e Hiperatividade com os testes de Torre de Londres, Teste de Trilhas, Memória de Trabalho Auditiva e Visual, que para o autor demonstraram a validade desses testes para se examinar a flexibilidade, a memória de trabalho auditiva e visual, e a capacidade de planejamento. Não houve correlações significativas entre os testes

de Stroop e de Geração Semântica, o que o autor relaciona ao fato de que os desempenhos nesses testes terem sido computados apenas em termos de números de acertos. O autor sugere que novos trabalhos sejam conduzidos para se avaliar a dificuldade de atenção e o tempo de reação nesses testes.

Para o autor, o trabalho mostrou que a avaliação das funções executivas no TDAH deve ser conduzida de forma a incluir diferentes aspectos, tais como atenção seletiva, planejamento, controle inibitório, armazenamento e manipulação na memória de trabalho e flexibilidade.

Gomes, et al 2005, conduziu um estudo com o objetivo de comparar as medidas de FEs entre crianças com TDAH e uma amostra não clínica. Para isso contou com uma amostra de 304 alunos, com idades variando entre 8 a 17 anos, estudantes de uma escola pública do Rio de Janeiro (Colégio de Aplicação da UFRJ) que foram entrevistados com a SNAP-IV. Os casos positivos (60 alunos) foram entrevistados novamente com o P-Chips e desses, 26 casos de TDAH foram encontrados. Assim, utilizando-se de um grupo controle com também 26 crianças, submeteu-as aos testes: Torre de Hanói (capacidade de solução de problemas, memória implícita), Stroop (controle inibitório), Labirintos, Dígitos e Códigos do WISC-III (memória de trabalho, coordenação motora e atenção concentrada).

Como resultado os autores não encontraram diferenças significativas quanto às medidas das FEs em nenhum dos testes, o que acreditam que pode estar relacionado à amostra que foi composta por alunos de uma escola considerada uma das melhores da categoria, sendo necessário exame de admissão, o que pode naturalmente excluir da amostra indivíduos com déficits significativos.

Assef e Capovilla, 2007, avaliaram a capacidade de controle inibitório por meio do Teste de Geração Semântica, tal qual utilizado por Cozza (2005).

Para dar procedimento à pesquisa os autores contaram com 62 crianças divididas em dois grupos: com e sem TDAH. O grupo experimental, composto por 28 meninos e 3 meninas com idades entre 8 e 12 anos, foi diagnosticado a partir do DSM-IV-TR por psiquiatras de dois serviços de psiquiatria infantil de São Paulo. As crianças estavam matriculadas em escola regular e não faziam uso de medicação. O grupo controle atendia às mesmas características de gênero e idade do grupo experimental, e foi formado a partir da seleção de 31 crianças de um banco de dados cedido por Cozza (2005). Esse banco de dados compreendia crianças de terceiras e quartas séries do ensino fundamental de escolas públicas de Santo André, São Paulo.

Como resultados foram encontrados diferenças significativas entre os grupos com e sem TDAH nas medidas de tempo de reação em alta e em baixa seleção, bem como no efeito de interferência, o que sugere que o grupo de crianças com TDAH foi, de forma geral, mais lento ao responder ao teste, provavelmente pela necessidade de selecionar uma resposta e inibir os verbos concorrentes. O tempo de reação na categoria de alta seleção foi considerado especialmente maior entre as crianças com TDAH o que indica que os grupos foram discriminados pelo tempo de reação no Teste de Geração Semântica, de forma que os objetivos buscados pelos autores foram alcançados, sendo o teste considerado pelos autores uma medida válida para buscar diferenças de controle inibitório entre grupos com e sem TDAH.

Coutinho, Mattos, Araújo e Duchesne (2007) em seu estudo visaram identificar diferenças num teste de atenção visual (TAVIS-III) entre 678 crianças e adolescentes consideradas normais e 102 crianças hiperativas segundo o DSM-IV. Com idades variando entre 6 e 17 anos de idade, e sendo de ambos os sexos, os

alunos eram provenientes de duas escolas privadas e uma escola pública da cidade do Rio de Janeiro.

O teste aplicado, TAVIS-III, desenvolvido e padronizado por Duchesne e Mattos em 1997, é um exame neuropsicológico e consiste em três tarefas que avaliam os aspectos da atenção: sustentação, seletividade e alternância de conceitos. Trata-se de um exame computadorizado e tem o tempo médio de aplicação de 30 minutos, essas características tornam sua aplicação prática, pois o programa gera os resultados automaticamente.

Os pais dos alunos responderam a entrevistas semi estruturadas (P-CHIPS) o que auxiliou na identificação das crianças com o transtorno. Em seguida todos foram submetidos ao exame.

Os resultados demonstraram que os indivíduos com TDAH obtiveram escores inferiores aos dos grupos controle relativamente ao tempo médio de reação em tarefa de atenção seletiva, ao número de erros por omissão em tarefa de alternância de conceitos e números de erros por ação em tarefa de sustentação da atenção.

Os autores chamam à atenção para a prevalência do TDAH na amostra que ficou em 13,1%, e que pode ser derivada da não observação do critério C do DSM-IV (comprometimento em dois ou mais ambientes). É importante ressaltar que o valor preditivo positivo, ou seja, as chances do indivíduo com desempenho comprometido nos três índices de pertencer ao grupo experimental foi de 87,5% e a probabilidade do indivíduo que obteve escores normais nos mesmos índices era de apenas 1%. Dessa forma os autores concluíram que o teste revelou-se eficiente para discriminar os grupos.

Rizzutti e Muszkat et al (2008) num estudo observacional, propuseram a delimitação de indicadores clínicos e neuropsicológicos em crianças suspeitas de TDAH. A partir de uma amostra com 124 crianças, de 7 a 14 anos, encaminhadas a um serviço de atendimento especializado, o NANI (Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP), o autor aplicou uma bateria neuropsicológica que incluía os seguintes testes: WISC-III, que avalia a capacidade intelectual da criança; EACI-P Scale 17, que é respondida pelo professor e investiga o comportamento infantil em cinco áreas: hiperatividade/conduita, funcionamento independente, desatenção, ansiedade e interação social.

Foram aplicados ainda o CPT Conners (*Continuous Performance Tests*), que avalia a capacidade de sustentação da atenção e a flexibilidade mental por meio de uma tarefa visual computadorizada; Figura Complexa de Rey, e o Teste Blocos de Corsi, que avalia a capacidade de reproduzir uma seqüência de estímulos. Esses três testes investigam a atenção concentrada, a capacidade de planejamento, a inibição motora, a organização, e a memória de trabalho, funções estas que são afetadas no TDAH.

O resultado do estudo de Rizzutti e Muszkat foi que o grupo com o transtorno apresentou maior tempo de reação no CPT, desempenho menor no exame Figura Complexa de Rey e realização mais baixa nos Blocos de Corsi. Este resultado demonstra que as avaliações neuropsicológicas integradas são eficazes nas avaliações diagnósticas, inclusive porque auxiliam no diagnóstico diferencial.

Os autores acreditam na importância de estudos que estabeleçam múltiplas variáveis objetivas na investigação do TDAH devido à ausência de um padrão ouro na sua avaliação clínica e neuropsicológica.

Tabela 2 – Resumo dos artigos sobre avaliação neuropsicológica e funções executivas relacionadas ao TDAH

	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Amaral e Guerreiro 2001	Verificar diferenças nos desempenhos de crianças com TDAH e grupo controle	DSM-IV Questionário Conners para professores Bateria neuropsicológica	10 crianças com TDAH e 10 controles de Campinas (SP)	Crianças com TDAH apresentaram desempenho inferior em todos os testes, principalmente no de estratégias mentais
Valente 2003	Identificar dificuldades específicas na modulação da atenção, intenções e controle motor	Testes neuropsicológicos e atividades que utilizavam a linguagem de programação Logo	21 crianças com TDAH e 21 controles de duas escolas públicas de Campinas-SP	O grupo experimental mostrou maior distratibilidade, menor controle motor e menor organização e modulação dos conjuntos de respostas
Gomes et AL 2005	Comparar medidas de F.Es. entre portadores de TDAH e controle	Torre de Hanói , teste de Stoop, labirintos, dígitos e códigos (WISC-III)	26 alunos com TDAH e 26 controles	Não foram identificadas diferenças significantes entre os grupos
Cozza 2005	Investigar a validade de instrumentos de avaliação das funções executivas	Teste de Trilhas, Memória de trabalho auditiva, Mem. de trabalho visual, Torre de Londres, teste de Stoop e Geração semântica	154 crianças do ensino fundamental	Houve correlações significativas nos testes que avaliaram flexibilidade, Mem. de trabalho auditiva e visual e planejamento, porém nos testes de atenção seletiva e controle inibitório não houve diferenças significativas.
Assef e Capovilla 2007	Analisar as características psicométricas do teste de geração semântica computadorizado	Teste de Geração semântica computadorizado	31 crianças com TDAH e 31 controles	Crianças com TDAH apresentaram maior tempo de reação, com maior dificuldade na capacidade de seleção e de inibição de respostas concorrentes
Coutinho, Mattos, Araújo e Duchesne 2007	Diferenciar crianças e adolescentes com TDAH de indivíduos considerados normais	Teste de Atenção Visual (TAVIS-III)	102 crianças e adolescentes com TDAH e 678 controles do Rio de Janeiro (RJ)	Probabilidade de apresentar o transtorno de 87,5%. Tavis-III foi considerado eficiente para discriminar as amostras.
Rizzutti, Muszkat et al 2008	Delimitar os indicadores clínicos e neuropsicológicos em crianças suspeitas de TDAH	Protocolo neuropsicológico	124 crianças com suspeita de TDAH encaminhadas a um serviço de atendimento de São Paulo (SP)	As crianças com o transtorno apresentaram menores escores nos testes neuropsicológicos sugerindo que os mesmos são úteis para delimitação do perfil clínico das mesmas

6.1.3 Trabalhos que avaliam a acuidade diagnóstica de instrumentos

Lampert et al, 2004, avaliaram a capacidade diagnóstica do CBCL (*Attention Problem Scale of the Child Behavior Checklist*) no exame do TDAH em uma amostra de 763 crianças e adolescentes brasileiros. O CBCL foi aplicado e posteriormente psiquiatras da infância confirmaram o diagnóstico por meio dos critérios do DSM-IV. A avaliação do rendimento do CBCL foi avaliada por meio de análises ROC (*Receiver-Operating Characteristic*), como resultado, encontraram na amostra com o transtorno confirmado 95% de especificidade para o subtipo combinado, o que demonstra que esse instrumento é adequado no exame do TDAH, especialmente para esse subtipo.

Tabela 3 – Resumo dos artigos que avaliam a acuidade diagnóstica de instrumentos

	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Lampert et al 2004	Avaliar a acuidade diagnóstica do CBCL	CBCL (<i>Children Behavior Checklist</i>) DSM-IV	763 crianças e adolescentes de Porto Alegre (RS)	O instrumento revelou 95% de especificidade, sendo considerado adequado para avaliar o TDAH.

6.1.4 Trabalhos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH

Anthony e Ribeiro (2004), ao contrário das pesquisas estudadas até então, realizaram uma investigação do funcionamento psíquico da criança por meio de testes projetivos, tendo como base de avaliação a teoria do ciclo do contato da Gestalt. A partir de entrevistas abertas com os pais e professores de cinco crianças (quatro meninos e uma menina) na faixa etária de 8 a 11 anos, selecionadas no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), Unidade da Secretaria de

Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, com diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Por meio da aplicação do CAT-A os autores objetivaram compreender os processos psíquicos subjacentes ao comportamento disfuncional de crianças com TDAH. Foi avaliado também o desempenho escolar, que apresentou particularidades no funcionamento, inter-relacionando a atenção, o pensamento e a memória. As crianças apresentaram atraso no processo de aprendizagem e deficiências específicas na leitura e escrita.

Para os autores a característica marcante do transtorno é a hiperatividade, considerando que a criança afetada é hiperestimulada, ou “tem elevado fluxo de energia”, sendo a desatenção, uma consequência frente aos múltiplos estímulos ambientais, de maneira que a percepção interna, “self”, se torna fundo, na sobreposição da gestalt “figura – fundo”, sendo que esta criança acaba por ter menor percepção de si mesma, estando altamente sujeita às expressões do ambiente, que, muitas vezes, em virtude de seus comportamentos é negativa, o que contribui para intensos sentimentos de inadequação, incompreensão e rejeição.

Outra característica apontada pela pesquisa foi que a inquietação e a atenção indicam que esta criança está em permanente processo de fluidez, em busca de novos estímulos. Esse aspecto revela uma freqüente queixa do indivíduo com TDAH sobre a “sensação interna de insatisfação”. Dessa forma o excesso de excitação mobiliza a energia para a execução da ação que acaba por ser realizada impulsivamente. O contato então, torna-se superficial, e o foco da atenção, varia incessantemente, sempre voltado para o ambiente, num processo cíclico. Para os autores, a seleção da atenção, quando se trata de algo do interesse da criança

funciona como uma “atenção seletiva”, voltada para o que lhe dá interesse em detrimento daquilo que fere sua auto-estima.

Os autores compreendem que o transtorno é marcado por paradoxos, a lentidão no pensamento, por exemplo, seria resultado da percepção rápida e do fluxo contínuo de idéias, o que dificulta a organização dos seus pensamentos de forma coerente para acompanhar seus pares, e que é entendido pelos pais e professores como “preguiça mental”.

O estudo compreendeu ainda que a criança com TDAH apresentou intensa sensibilidade, o que vai ao encontro dos relatos de familiares que afirmam que seus filhos são “emotivos e carinhosos ao extremo”. Os autores concluem que apesar dos prejuízos que essa forma de funcionamento psíquico possa acarretar, a aparente desatenção (hiperatenção) pode ser aproveitada como uma busca por novos estímulos, e a alta excitabilidade, ao invés de ser considerada como patológica pode ser compreendida como intuição, criatividade, afetuosidade e vitalidade.

Outra autora que procurou avaliar o funcionamento psíquico de crianças por meio do CAT –A, foi **Beczlik, (2005)**, que para dar procedimento à sua investigação, baseada na Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein contou com uma amostra de 40 crianças do ensino fundamental de São Paulo, sendo 20 o grupo formado por crianças com o transtorno, diagnosticado por meio do DSM-IV, entrevistas com os pais e aplicação da Escala de TDAH para professores da autoria da própria autora. O grupo controle, foi composto por 20 crianças selecionadas em cinco escolas do interior de São Paulo. Para exclusão dos sujeitos que pudessem apresentar comprometimento intelectual a autora aplicou o teste das Matrizes Coloridas de Raven que é um teste não verbal para avaliação da inteligência.

Como resultado das análises do CAT-A, a autora encontrou, predominantemente entre meninos negação maníaca, sentimentos derivados do instinto de morte (raiva/inveja) e tendências destrutivas, que devem ser consideradas motivo de aprofundamento das investigações dos profissionais da área.

Assim como na pesquisa anterior, **Graeff e Vaz (2006)** conduziram um estudo com vistas a avaliar a personalidade de crianças previamente diagnosticadas como portadoras do TDAH a partir dos testes neuropsicológicos WISC-III, Winsconsin e CTP, e através das escalas CBCL, K-SADS e SNAP-IV, por meio do Rorschach. Foram submetidas ao exame 48 crianças, sendo 24 controles do sexo masculino e feminino situadas na faixa etária de 6 a 11 anos, pacientes de um ambulatório para portadores de TDAH (Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade – PRODAH), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O grupo experimental foi composto de 24 estudantes de ensino médio de uma escola pública da região metropolitana de Porto Alegre, da mesma faixa etária e sexo do grupo experimental, sem dificuldades relevantes quanto a relacionamento, atenção, conduta, ou prejuízo na aprendizagem.

Os autores perceberam que as crianças com TDAH apresentaram uma capacidade de atenção prejudicada, que pode ser associado aos sintomas de desatenção e hiperatividade, indicando dificuldade no desempenho das tarefas em geral. Nas respostas globais do Rorschach, que indicam a busca da realidade externa, mas que podem ser entendidas como capacidade de análise da realidade, permitindo planejamento e antecipação, as crianças com TDAH apresentaram taxas elevadas, e ainda, processo de pensamento mais superficial, desejo de terminar a

tarefa rapidamente e falta de crítica à realidade. Essa pode ser associada à falha na função executiva de memória funcional.

As análises do Rorschach ainda indicaram déficit na inibição do comportamento, e tendência das crianças com TDAH de modularem seus afetos de forma menos adequada, mostrando falha no controle das emoções e da iniciativa, porém também anunciam a espontaneidade da criança, o que não necessariamente deve ser compreendido com disfuncional, pois nem sempre é uma característica associada a prejuízo.

O que os autores observaram parecem-nos uma reação em cadeia. Os déficits na inibição do controle do comportamento, causam dificuldade na capacidade de reflexão, que por sua vez, prejudica a auto regulação das respostas emocionais, dessa forma o desenvolvimento da objetividade será deficiente, comprometendo a capacidade de análise e síntese, verificadas no Rorschach por meio das análises do controle geral que indicaram baixos índices de predomínio da razão sobre as emoções e controle dos impulsos.

Assim, as observações do Rorschach permitiram aos autores inferir que as crianças com TDAH apresentaram dificuldade de percepção da realidade que prejudica o planejamento e a antecipação, capacidade de produção e desempenho deficitárias em relação às crianças sem TDAH, impulsividade e dificuldades de controle emocional, bem como maiores níveis de ansiedade frente às situações ansiogênicas o que as torna mais apreensivas, tensas e inseguras do que as crianças sem o transtorno, indicando prejuízos no funcionamento do indivíduo como um todo.

Fígaro (2009) a partir de análises com o método Rorschach verificou as características afetivas e emocionais de crianças que apresentassem o TDAH, por

meio de uma amostra de 30 (trinta) sujeitos diagnosticados com TDAH que fizeram parte do processo de triagem e avaliação do NANI (Núcleo de Atendimento Neuropsicológico Infantil da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP) de acordo com os critérios descritos no DSM-IV-R (2003) e com avaliação multidisciplinar (psiquiátrica, neurológica, pedagógica, fonoaudiológica e psicológica) e um grupo controle composto por 30 crianças não diagnosticadas, alunos de uma escola da periferia da zona norte de São Paulo/Capital, dentro da mesma faixa etária, as quais não apresentavam os sintomas do TDAH.

Como resultados, a autora identificou a susceptibilidade a episódios depressivos maior no grupo experimental, e também que crianças com TDAH estão sujeitas à tensão do tipo ideacional que interferem em seus processos de atenção e no curso de seu pensamento, essa atividade psicológica não é controlada deliberadamente, indicando que o tipo de sofrimento psíquico é de ordem emocional, apontando para uma ideação intrusiva, ou seja, pensamentos sobre os quais não há controle deliberado gerando mal estar de origem ideacional. Mais uma vez, percebemos a identificação de uma das queixas freqüentes do paciente com o transtorno, a respeito da “sensação permanente de insatisfação”. Outro dado apontado pelas análises do Rorschach foi a acentuada tendência do grupo com transtorno a responder e atender à experiência, pelos canais emocionais, mesclando os sentimentos com os processos cognitivos, sendo o contato com os demais e o processamento das emoções, prioritário.

A autora conclui através da avaliação que a criança com TDAH está sob forte tensão interna, gerando acentuada atividade mental provocada pela demanda, que podem ser vivências de estresse ou sentimento de necessidades não atendidas, ou ambas, revelando a sua extrema sensibilidade às situações externas. Estes fatores

parecem ser a fonte de mal estar (ideacional), ocasionando a perda do controle sobre seus pensamentos, sofrendo interferências em seus processos atencionais.

Para Fíguro (2009), porém, essa dificuldade em focar a atenção também pode ser compreendida como uma forma de adaptação à modernidade, tendo em consideração que essas pessoas têm habilidades de responder a múltiplos estímulos, por serem mais rápidas, criativas e afetivas, utilizando-se com frequência das estratégias de tentativa e erro, considerando que essa criança “vai errar mais, porém realizará mais”.

Tabela 4 – Resumo dos artigos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH

	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Anthony e Ribeiro 2004	Investigar o funcionamento psíquico da criança hiperativa baseada na teoria do ciclo do contato da Gestalt	DSM-IV Teste projetivo: Teste de Apercepção Infantil (CAT-A)	5 crianças hiperativas, seus pais e professores	Compreendeu que a hiperatividade é o ponto central do transtorno. Processos psicológicos específicos formam a base da personalidade da criança com TDAH
Benczick 2005	Investigar o funcionamento psíquico da criança hiperativa baseada na Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein	DSM-IV Escala de TDAH para professores de Benczik Teste projetivo: Teste de Apercepção Infantil (CAT-A)	20 crianças com TDAH e 20 controles	Encontrou como características da criança com TDAH negação maníaca, sentimentos derivados do instinto de morte (raiva/inveja) e tendências destrutivas
Graeff e Vaz 2006	Investigar a personalidade de crianças com TDAH	Rorschach	24 crianças com TDAH e 24 controles	Crianças com TDAH apresentaram, maior impulsividade e dificuldade de controle emocional e maior nível de ansiedade, tornando-se mais apreensivas, tensas e inseguras frente às tarefas

Fígaro 2009	Analisar as características afetivas e emocionais de crianças com TDAH à luz da teoria Junguiana	Rorschach	30 crianças com TDAH e 30 controles	As crianças com TDAH apresentaram características afetivas e emocionais complexas e estilo de resposta determinado pelo Complexo Materno.
-------------	--	-----------	-------------------------------------	---

7 DISCUSSÃO

7.1 Estudos sobre a prevalência do transtorno

O que se observou neste trabalho foi que os diferentes critérios de avaliação, podem predizer diferenças nas prevalências, como afirmou Lee (2008), “segundo o DSM-IV-TR a prevalência pode ser até vinte vezes maior”, e Golfeto e Barbosa (2003) que afirmaram que existência de muitas escalas atua no sentido de aumentar a variação na prevalência; o que observamos nos trabalhos de Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) que encontraram diferenças significativas quando utilizados os critérios neuropsicológicos com prevalência de 3,5%, contra 18% quando utilizado o DSM-IV. Outras escalas, como Farré e Narbona (Poeta e Neto, 2004) situaram a prevalência do transtorno entre 5% a 10%, o que se encontra dentro do esperado pelo DSM-IV-TR, o que não poderia ser diferente, tendo em vista que a presente escala é derivada do próprio DSM-IV, assim como a Escala de TDAH de Benczik utilizada por Pondé e Freire (2007) que encontrou uma prevalência de 6,7%.

Os estudos de Pastura et al (2007) e Azevêdo (2008), que mesmo valendo-se de amostras diversas como escolares de um grande centro urbano no primeiro estudo e crianças e adolescentes indígenas no segundo, e utilizando de outros critérios de avaliação como o SNAP-IV e o CBCL respectivamente, também encontraram taxas de prevalência esperadas (8,6% e 10,4%). Deve-se ressaltar que esses questionários também são derivados do DSM-IV de forma que os resultados não poderiam se afastar em grande medida dos previstos pelo mesmo.

Assim, as taxas de prevalência encontradas, condizem com os estudos de Rohde (1999a) que apresentaram variações de 3% a 6% no Brasil e os estudos internacionais: Takahashi et al (2007), 7,7% e Polanczyk et al (2007), 5,29%.

7.2 Estudos sobre avaliação neuropsicológicas e funções executivas relacionadas ao TDAH

Entre os estudos que avaliaram as funções executivas por meio de testes neuropsicológicos encontramos diferenças relevantes.

A princípio, observamos aproximações entre o trabalho de Amaral e Guerreiro (2001), e de Valente (2003) que utilizaram os mesmos testes em suas avaliações. Nesses dois estudos, o Teste de Cancelamento, que avalia a capacidade de atenção concentrada, quando analisado isoladamente não apresentou diferenças significativas entre os grupos experimentais e controle, porém, no WSTC, que examina o raciocínio abstrato, e a capacidade de criar estratégias de solução de problemas, as primeiras autoras encontraram diferenças levemente significativas entre as amostras e a segunda autora, no grupo com TDAH percebeu problemas na integração das sequências das respostas, de modo que os participantes apresentaram dificuldades em compreender a situação problema.

Uma das hipóteses para o fato do estudo de Amaral e Guerreiro (2001) não ter se realizado a contento foi o tamanho reduzido da amostra, com apenas 10 participantes. Muito embora o trabalho de Valente conte com uma amostra de apenas 21 sujeitos, o que também interferiu negativamente em seu estudo, pois a análise dos testes isolados não apresentou diferenças relevantes, mas foi a avaliação integrada dos eixos comportamentais que se mostrou significativa.

A amostra restrita pode ser realmente um dos fatores negativos na avaliação das funções executivas, apesar de sabermos a dificuldade de se aplicar testes neuropsicológicos em um grande número de sujeitos, pela análise do estudo de Gomes (2005) nos deparamos com o mesmo obstáculo: as 26 crianças e adolescentes de seu estudo, avaliados em suas funções executivas não

apresentaram diferenças com relação ao grupo controle em quaisquer dos testes. Outro aspecto que deve ser observado é que o colégio de aplicação do RJ, onde foi realizada a pesquisa do presente autor é uma escola considerada de excelência, sendo que os critérios de seleção são rígidos e o aluno para ingressar na escola deve passar por exames admissionais. Desta forma, espera-se que os alunos mais severamente afetados sejam naturalmente excluídos da amostra.

Por outro lado, tanto Gomes (2005) quanto Cozza (2005) ao utilizarem o teste de Stroop, que avalia a atenção seletiva não encontraram correlações significativas, sendo que a amostra do último autor era de 154 crianças. Embora para Capovilla (2007) esse teste avalie problemas no lobo frontal, nos estudos aqui analisados ele não apresentou os resultados esperados. Uma das hipóteses de Cozza (2005) para tal, seria o fato de não terem sido computados o tempo de reação, mas apenas o número de acertos.

A despeito das diferenças nas amostras utilizadas, os mesmos autores obtiveram nas avaliações do teste Torre de Londres/Hanói, resultados díspares. Para Gomes (2005), que utilizou a versão de Hanói (2005) não houve diferenças quanto às medidas das FEs nesse teste, Cozza (2005), porém, utilizando a versão simplificada, obteve correlações significativas entre os percentis de TDAH e o desempenho no presente teste, de maneira que considerou o mesmo uma medida adequada para avaliar a capacidade de planejamento, como afirma Capovilla (2007).

Cozza (2005), assim como Valente (2003) utilizou ainda o Teste de Trilhas para avaliar a flexibilidade cognitiva, porém, se para o primeiro autor esse exame tenha sido considerado adequado na avaliação desta função executiva, para a segunda autora o estudo falhou em demonstrá-lo, pois não encontrou diferenças significativas entre as amostras. Embora estejamos à frente de uma aparente

contradição, é importante considerar que Cozza (2005) não se utilizou de grupos pareados de análise como Gomes (2005) e Valente (2003), mas apenas correlacionou o desempenho de seus sujeitos com TDAH e os resultados dos testes.

Ainda referente ao estudo de Cozza (2005), foram avaliadas as funções de memória de trabalho auditiva e visual, que segundo o autor foram associadas positivamente aos testes utilizados. A memória de trabalho também foi investigada por Rizzutti e Muszkat et al (2008), mas esses autores lançaram mão do teste da Figura Complexa de Rey para avaliá-la, obtendo resultados também satisfatórios. De modo que como afirmado anteriormente por Capovilla (2007) e Mello et al (2005) a avaliação da memória de trabalho enquanto função executiva é considerada eficaz na análise do TDAH.

O Teste de Geração Semântica, utilizado por Cozza (2005) e por Assef e Capovilla (2007) apresentou resultados diferentes nas duas pesquisas. Para o primeiro autor não foi possível encontrar correlações significativas entre o teste e os percentis positivos da escala de TDAH, porém para os segundos, houve diferenças significativas. Novamente é necessário lembrar que Cozza (2005) não se utilizou de grupos controle e experimental, ao contrário de Assef e Capovilla (2007) que devido aos resultados consideraram o teste uma ferramenta útil para se avaliar o controle inibitório.

Com relação ao trabalho de Coutinho et al (2007), foi o único estudo que utilizou o TAVIS-III, exame neuropsicológico, de aplicação relativamente fácil e de tempo curto, dado que se trata de um programa computadorizado que gera automaticamente os resultados. O que, segundo Barkley (2008) deve ser considerado especialmente útil, pois possibilita a aplicação em amostras maiores. Este exame foi inteiramente construído no Brasil, pela equipe de Mattos do Rio de

Janeiro. Na presente pesquisa os resultados obtidos por Coutinho (2007) foram considerados satisfatórios, pois obteve sensibilidade e especificidade elevada, o que demonstra sua validade em discriminar indivíduos normais de indivíduos portadores de TDAH, o que é considerado segundo Pereira (2003) uma capacidade inerente ao teste e devem ser levadas em conta quando se pretende utilizar um teste.

A análise geral das avaliações neuropsicológicas confirma o que foi explicitado por Nass (2006) e Barkley (2008), que consideram as mesmas relevantes para identificação de comorbidades e são adequadas para se confirmar o diagnóstico, porém não devem ser consideradas isoladamente no diagnóstico do transtorno.

7.3 Trabalhos que avaliam a acuidade diagnóstica de instrumentos

Em nossa pesquisa apenas um trabalho com a validação de instrumento foi encontrado. O estudo de Lampert et al (2004) buscou verificar a capacidade diagnóstica do CBCL, o que conforme a literatura é necessário para que um teste seja considerado válido (PEREIRA, 2003).

Nesse estudo a aplicação do CBCL obteve resultados satisfatórios, sendo que a especificidade foi de 95%. Embora a literatura chame atenção para esta necessidade e em nosso trabalho tenha sido encontrado apenas um estudo desse tipo, observamos que alguns dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do TDAH no Brasil foram validados fora do período de tempo da investigação aqui pretendida, como é o caso da escala de Connors validada no Brasil por Barbosa, 1997. Da mesma forma a escala de Benczik foi lançada no país em 2000, sob a forma de um questionário para professores. Outra escala bastante utilizada, a

SNAP-IV, teve sua versão validada, porém não consta de nossas pesquisas, pois tem seus estudos associados ao Transtorno de Conduta, o que se enquadrou em nossos critérios de exclusão.

7.4 Trabalhos que avaliam características de personalidade específicas de crianças com TDAH

Associando-se os dados dessas quatro pesquisas, observamos que a criança hiperativa apresenta processos psicológicos ímpares que constituem a base de sua personalidade.

Deve-se considerar que esses estudos foram os únicos que apresentaram uma nova forma de compreensão do transtorno, tirando-o do âmbito restrito da patologia para adentrar em aspectos positivos do mesmo, quando não associados a prejuízos, como suas múltiplas habilidades, afetividade e criatividade. Estudos com este raciocínio são interessantes, pois propõem não apenas um diagnóstico, como implica o DSM, mas contribuem para a construção de um parecer acerca de uma estrutura de personalidade, que nem sempre deve ser considerada patológica, nem medicada.

Anthony e Ribeiro (2004) concluíram que a característica marcante do transtorno é a hiperatividade, pois, segundo os autores, o indivíduo com o transtorno estaria sempre estimulado internamente, o que pode gerar a aparente lentidão para responder aos estímulos externos. Outro aspecto considerado pelos autores é a sensação interna de insatisfação que permeia a vivência da pessoa afetada, que acreditamos ser semelhante aos achados por Fígaro (2009) quando afirma que existe uma ideação intrusiva, ou falta de controle sobre os pensamentos gerando um

mal estar de origem ideacional. Paralelamente a esses achados, Benczik (2005) encontrou entre as crianças com TDAH, tendências destrutivas, o que deve ser observado com cautela e que podem ser consideradas num conjunto de vivências depressivas que devem ser profundamente avaliadas pelo profissional da saúde.

É interessante observar que dos estudos de Graeff e Vaz (2006) as análises do Rorschach indicaram um déficit na inibição do comportamento que é uma das características consideradas centrais por Barkley (2008) no TDAH. o que demonstra a pertinência das avaliações como o Rorschach.

Conforme a literatura, porém, Barkley (2008) afirma que os testes projetivos com o Rorschach e o CAT não oferecem maiores contribuições do que algumas escalas de avaliação, de custo menos elevado, não havendo indicações para sua ampla utilização. Porém, segundo nossa compreensão, esse tipo de análise oferece enormes contribuições ao tratamento do paciente com o transtorno, tendo em vista que enxerga o transtorno não como uma patologia “instalada” no paciente, mas como parte do sujeito e de sua história de vida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objeto de estudo que permeou este trabalho buscou-se investigar quais são os diferentes critérios utilizados para o diagnóstico do TDAH. O problema de pesquisa apontou para uma diversidade de protocolos e escalas de avaliação que muitas vezes acarreta discussões a respeito da validade do transtorno.

Todos os estudos tiveram o DSM-IV utilizado como padrão diagnóstico, ou foram comparados a ele. Mesmo quando se visava pesquisar outros instrumentos, o DSM-IV era aceito como padrão. Ainda que esse não seja considerado um “padrão ouro” os autores utilizam os critérios da Academia Americana de Psiquiatria como referência, em detrimento da CID. Porém pouco se discute acerca desses critérios. Dado o grande número de trabalhos publicados sobre o TDAH, é curioso perceber que poucos autores se propõem a discutir os critérios diagnósticos, como observamos nos resultados.

A análise geral informa que os testes são da maior variedade. Em nosso estudo não tivemos muitas repetições de testes ou escalas. Excetuando-se o CBCL e o P-Chips, que são questionários validados para diversas culturas e traduzidos em vários países, cada autor utilizou o teste que considerou adequado para determinada amostra. Embora esta variedade não incorra necessariamente num aumento do número de casos falsamente detectados, a padronização do diagnóstico poderia auxiliar na aceitação do mesmo por parte dos envolvidos com o transtorno.

A integração dos dados dos diversos protocolos avaliados é de grande importância. E embora os testes não devam ser utilizados para o diagnóstico, precisam ser considerados, pois auxiliam no conhecimento do funcionamento

psíquico do indivíduo, bem como avaliam possíveis transtornos associados, atualmente considerados um dos maiores desafios no tratamento, além de possibilitar a discriminação das dificuldades do indivíduo afetado. Da mesma forma atuam os testes projetivos, que como demonstrado, mesmo que em poucos estudos, é capaz de discriminar entre características de personalidade, que podem ser depressivas e que requerem atenção específica.

Também por meio de testes projetivos pôde-se identificar dificuldades de auto percepção dessas crianças, sendo suscetíveis à demanda externa, o que nos leva a compreender a importância da avaliação que pais e professores fazem a respeito destas crianças e que podem influenciar sobremaneira seu desempenho, tanto acadêmico, como de relacionamento social.

Os estudos avaliados que propõem a utilização de testes neuropsicológicos como torre de Londres e outros, são especialmente importantes, pois provêm a comunidade médica de dois recursos necessários num país onde a maior parte da população se utiliza do Sistema Único de Saúde, são testes de baixo custo e aplicação curta, o que facilita sua ampla utilização.

Os resultados das análises dos testes neuropsicológicos para a avaliação do TDAH indicam que os mesmos são relevantes, pois permitem identificar as funções que podem apresentar os maiores déficits, bem como auxiliam na identificação de transtornos de aprendizagem associados.

Verificou-se a tentativa de alguns autores de reservar o diagnóstico apenas para os casos em que seja encontrado um prejuízo real. Essa opção é válida, pois evita que o transtorno se torne um modismo, ou que o tratamento medicamentoso seja prescrito para crianças que embora apresentem os sintomas consigam resultados satisfatórios de desempenho acadêmico e social, como é o caso das

amostras do Colégio de Aplicação do Rio de Janeiro, onde crianças com o transtorno não apresentaram déficits nas FEs com relação aos seus pares. Casos como esses demonstram que a orientação adequada e a utilização de estratégias para lidar com o transtorno podem ser suficientes para auxiliar essas crianças.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL AH, GUERREIRO M.M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.59, p. 884-888, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV TR** . Porto Alegre: Artmed, 2003.

ANDRADE, E.R. Quadro clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. IN: ROHDE, L. A. e MATTOS, P. **Princípios e Práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, Ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Nov. 2008.

ARNOLD, L.E., JENSEN, P. S. Transtornos do Déficit de Atenção. IN: KAPLAN, H.I. e SADOCK, B.J. **Tratado de Psiquiatria**. Vol. 3. 6ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

ASSEF, E.C.S.; CAPOVILLA, A.G.S.; CAPOVILLA, F.C. Avaliação do controle inibitório em TDAH por meio do teste de geração semântica. **Psicologia Teoria e Prática**. v.9, n.1, p.61-74. 2007.

ASSUMPÇÃO JR, F.B, KUCZYNSKI, E. Transtornos do Humor. IN: ASSUMPÇÃO JR, F.B, KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

AZEVEDO, P. V. B. **Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias**

da Etnia Karajá. Dissertação (Mestrado). 2008. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

BARBOSA, G.A. Transtornos Hiperativos. **Infanto:** Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. Vol.3(2): 12-19, 1995.

BARBOSA, A.A.G., BARBOSA, G.A., AMORIM, G.G. **Hiperatividade: conhecendo sua realidade.** São Paulo; Casa do Psicólogo, 2005.

BARBOSA G. A, DIAS, M.R, GAIAO, A.A. Validacion Factorial de los índices de hiperactividad Del cuestionarios de Connors em escolares de João Pessoa-Brasil. **Infanto:** Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. v. 5 (3) 118-125, 1997.

BARKLEY, R.A. Transtornos Co-morbidos, Adaptação Social e Familiar e Subtipos. IN: BARKLEY, R.A. e cols. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade:** manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH):** guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENCZIK, E. P. **Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade:** um estudo dos aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Infantil - CAT-A. 2005. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BENETTI, S.P.C., RAMIRES, V.R.R., SCHNEIDER, A.C., RODRIGUES, A.P.G., TREMARIN,D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23 (6), p. 1273-1282, jun, 2007.

BOSI, M.L.M; MERCADO-MARTINEZ, F. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CAMARGOS, JR., W. O exame psiquiátrico da criança. IN: CAMARGOS JR, W. e HOUNIE, A. G. **Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Editora Info, 2005.

CAPOVILLA, A.G.S.; ASSEF, E.C.S;COZZA,H.F.P. Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. **Avaliação psicológica**. v. 6, no.1, p.51-60 jun. 2007.

CHIZZOTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 2003

COUTINHO, G. MATTOS, P. ARAÚJO, C., DUCHESNE, M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34 (5); 215-222, 2007.

COZZA, H. F. P. **Avaliação das funções executivas em crianças e correlação com atenção e hiperatividade**. 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade São Francisco, Itatiba, 2005.

DEMO, P. Metodologia do Conhecimento Científico. São Paulo: Atlas, 2000.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.41 (2), p. 251-9, 2007.

FIGARO, R. A. D.S. **Análise da afetividade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pelo Método de Rorschach** : um enfoque junguiano. 2009. Dissertação (Mestrado). PUC-SP, 2009.

FONTANA, R. S., VASCONCELOS, M.M., WERNER JR., J. GOES, F.V., LIBERAL, E.F. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.65(1), p.134-137, 2007.

FU-I,L. Depressão na Infância e Adolescência. IN: FU-I, L. **Transtorno Bipolar na infância e na adolescência**. São Paulo: Segmento Farma, 2007.

GOLFETO, J.H. e BARBOSA, G.A. Epidemiologia. IN: ROHDE, L. A. e MATTOS, P. **Princípios e Práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GOMES, F., MATTOS, P., PASTURA, G., AYRÃO, G. E SABOUA, E. Funções executivas numa amostra não-clínica de crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 54(3), p. 178-181, 2005.

GOMES M., PALMINI A., BARBIRATO, F., ROHDE L. A., MATTOS P. Conhecimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.56, supl.(2): 94-101, 2007.

GRAEFF, R. L; VAZ, C. E. TDAH: inibição do comportamento, o uso das funções executivas e suas manifestações na técnica de Rorschach. **Temas de Psicologia**, São Paulo, 2006.

GREVET, EUGENIO HORÁCIO BAÚ, C.H.D; SALGADO, C.A.I.; FICHER, A.; VICTOR, M.M.; GARCIA, C.; SOUSA, N.O.; NERUNG, L.; BELMONTE-DE-ABREU, P. Concordância entre observadores para o diagnóstico em adultos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de oposição desafiante utilizando o K-SADS-E. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.63, n.2A, p.307-310, 2005.

GUARDIOLA A., FUCHS F., ROTTA N. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. **Arquivos de Neuropsiquiatria** v.58, n.2B p.401-407, 2000.

GUILHERME, P.R., MATTOS, P., SERRA-PINHEIRO, M.A., REGALLA, M.A. Conflitos conjugais e presença de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 56 (3), p. 201-207, 2007.

LAMPERT TL., POLANCZYK G., TRAMONTINA, S., MARDINI, V., ROHDE, L.A. Diagnostic Performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a Screening Measure in a Sample of Brazilian Children with ADHD. **Journal of Attention Disorders**, v.8, n.2, p.63-71, 2004.

LEE, I.S., RUSSELL J. S., CHEN, S. X., ORNSTEIN, T.J., CHARACH, A., BARR, C., ICKOWICZ, A. Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.49, n.1, p. 70–78, 2008.

LEGNANI, V.N., ALMEIDA, S.F.C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008.

LEIBSON C. L., KATUSIC, S. K., BARBARESI, W.J., RANSOM, J. O'BRIEN, P. C. Use and Costs of Medical Care for Children and Adolescents with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **JAMA**, v. 285 (1), p. 60-66, 2001.

LUNA, S.V. Planejamento de pesquisa: uma introdução; elementos para uma análise metodológica. São Paulo: EDUC, 2007.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, S., TRAMONTINA, S. e ROHDE, L.A. Integrando o processo Diagnóstico. IN: ROHDE, L. A. e MATTOS, P. **Princípios e Práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MATTOS, P., Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prática clínica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 22 (Supl. II), p. 7-11. 2000.

MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C.; MUSZKAT, M. **Neuropsicologia do desenvolvimento**: conceitos e abordagens. São Paulo: Memnom, 2005.

MOTA, V.L. ; SCHACHAR, R.J. Reformulating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder According to Signal Detection Theory. **Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**. v. 39(9), p. 1144-1151, 2000.

MUSZKAT, M.; BERLIM, C. **Neuropsicologia do desenvolvimento e suas interfaces**: conceitos. São Paulo: All Print, 2008.

NASS, R.D. Evaluation and Assessment Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Seminars in Pediatric Neurology**. v. 12, p. 200-216, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASQUALI, L. Princípio de elaboração de escalas psicológicas. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A.W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo, Lemos Editorial, 2000.

PASTURA, G., MATTOS, P. e ARAÚJO, A.P.Q.C. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em uma amostra de escolares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. 2007; 65(4-A):1078-1083.

PELHAM, W.E. FOSTER, M. E., ROBB, J.A. The Economic Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, v.32 (6), p. 711–727, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: Teoria e Prática. 7ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PHELAN, T. W. TDA/ TDAH, **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M Books. 2005

POETA, L.S., NETO, F.R. Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26(3), p.150-5, 2004.

POLANCZYK, G., LIMA, M. S., HORTA, B. L., BIEDERMAN, J., ROHDE, L. A. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. **American Journal of Psychiatry**, v.164, n.6, p.942-948, 2007.

PONDE M.P; FREIRE A.C.C. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 65, n.2A, p.240-244, 2007.

POSSA M. A., SPANEMBERG L., GUARDIOLA A. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças Escolares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**; v.63, n. (2-B), p. 479-483, 2005.

RIZZUTTI, S.; SINNES, E.G.; SCARAMUZZA, L.F.; FREITAS, L; PINHEIRO, D.; PALMA, S.M; MELLO, C.B., MIRANDA, M.C., BUENO, O.F., MUSZKAT, M. Clinical and neuropsychological profile in a sample of children with attention deficit hyperactivity disorders. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 66, n.4, p. 821-827, 2008.

ROHDE, L.A; ROESSNER, V.; BECKER, A.; ROTHENBERGER, A.; BANASCHEWSKI, T. A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD/HD using the Child Behavior Checklist. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 257, p. 352-359, 2007.

ROHDE L.A. e HALPERN R. Transtorno de Déficit de atenção / hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**. v.80, n. 2 (Supl): 61-70, 2004.

ROHDE L.A., BARBOSA G., TRAMONTINA S., POLANCZYK G. Transtorno de Déficit de atenção / hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; 22 (Supl II): 7-11. 2000.

ROHDE L.A., BIEDERMAN J., BUSNELLO E.D., ZIMMERMANN H., SCHMITZ M., MARTINS S., TRAMONTINA, S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**: v. 38(6), p. 716-22, Jun, 1999.

RUBIA, K., TAYLOR, E., SMITH, A. B., OKSANNEN, H., OVERMEYER, S., and NEWMAN, S. Neuropsychological analyses of impulsiveness in childhood hyperactivity. **The British Journal of Psychiatry**. v. 179, p. 138-143, 2001.

SCHWARTZMAN, J. S. **Transtorno de déficit de atenção**. São Paulo: Memnon, 2008.

SOUZA, I. e PINHEIRO, M.A.S. Co-morbidades. IN: ROHDE, L. A. e MATTOS, P. **Princípios e Práticas em transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

STEFANATOS, G.A.; BARON, I. S. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Neuropsychological Perspective Towards DSM-V. **Neuropsychology Review**. v.17, p. 5–38, 2007.

TAKAHASHI, K., MIYAWAKI, D., SUZUKI, F., MAMOTO, A., MATSUSHIMA, N, TSUJI, H., HORINO, A., BALLAS, P., KIRIIKE, N. Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. v.61, p.255–262, 2007.

TIMIMI S. TAYLOR E. ADHD is best understood as a cultural construct. **British Journal of Psychiatry**, 184:8–9, 2004.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis, RJ : Vozes, 2003.

VALENTE, A. B. Avaliação da função executiva em crianças com TDAH por meio de instrumentos neuropsicológicos e atividades de linguagem de programação Logo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 52 (1), p. 13-23, 2003.

WERNER, J. JR. **Transtornos Hipercinéticos: contribuição dos trabalhos de Vygotsky para reavaliar o significado do diagnóstico.** Dissertação (Mestrado). 1997. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.

ANEXO 1

O Inquieto Phil*

Phil pare de agir como uma minhoca
A mesa não é lugar para contorcer-se
Assim fala o pai para o seu filho,
Diz severamente, não de brincadeira;
A mãe franze as sobrancelhas e olha envolta,
Embora não faça barulho.
Mas Phil não percebe o conselho,
Ele vai fazer do seu jeito a qualquer preço
Ele vira,
Ele agita,
Ele se balança
E se sacode
Aqui e lá na cadeira.
“Phil, estes serpenteios eu não posso suportar”.

***Retirado de Werner (1997), tradução livre da autora.**

ANEXO 2

Critério diagnóstico de TDAH, no período escolar de acordo com aspectos neuropsicológicos

1. Hiperatividade
2. Coordenação motora pobre
3. Dificuldade de concentração
4. Dificuldade em manter a atenção
5. Permanece sentado, mexendo em pequenos objetos
6. Interfere em atividade de outras crianças
7. Temperamento explosivo
8. Medo de não ser aceito por colegas de escola
9. Perturba outras crianças
10. Dificuldade no aprendizado
11. Exame neurológico evolutivo sem assimetria
12. Força alterada: hipotonia ou par atonia
13. Discrepância no exame neurológico evolutivo, desenvolvimento abaixo do esperado, no equilíbrio estático, coordenação apendicular, sensibilidade, persistência motora
14. Alteração nos números do sub-testes, figuras completas e escala de avaliação WISC

Dos itens 1 a 10, no mínimo cinco devem estar presentes

Os itens 11, 13 e 14, devem estar sempre presentes

Alterações na persistência motora deve estar sempre presente

ANEXO 3

Escala Farré e Narbona (*Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención com hiperatividade- EDAH*)

Escala para Avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade					
nada	muito	suficiente	muito		
0	1	2	3		
01	Tem excessiva inquietude motora.	0	1	2	3
02	Tem dificuldade de aprendizagem na escola.	0	1	2	3
03	Incomoda freqüentemente outras crianças.	0	1	2	3
04	Distrai-se facilmente, mostrando atenção escassa.	0	1	2	3
05	Exige satisfação imediata de seus desejos.	0	1	2	3
06	Tem dificuldade em atividades cooperativas.	0	1	2	3
07	Costuma estar nas nuvens, absorto.	0	1	2	3
08	Deixa por terminar as tarefas que iniciou.	0	1	2	3
09	Não é bem aceito pelo grupo.	0	1	2	3
10	Nega seus erros e joga a culpa nos outros.	0	1	2	3
11	Freqüentemente grita em situações inadequadas.	0	1	2	3
12	Responde com facilidade. É mal-educado e arrogante.	0	1	2	3
13	Mexe-se constantemente, inquieto.	0	1	2	3
14	Discute e briga por qualquer coisa.	0	1	2	3
15	Tem explosões advindas de uma instabilidade no temperamento.	0	1	2	3
16	Falta noção de limite e de "jogo limpo".	0	1	2	3
17	É impulsivo e irritável.	0	1	2	3
18	Relaciona-se mal com a maioria de seus colegas.	0	1	2	3
19	Seus esforços são facilmente frustrados, é inconstante.	0	1	2	3
20	Não aceita as indicações do professor.	0	1	2	3

DÉFICIT DE ATENÇÃO

1. É organizado em suas lições de classe	DT	D	DP	CP	C	CT
2. Dá respostas claras e coerentes ao professor	DT	D	DP	CP	C	CT
3. Segue o ritmo da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
4. É atento nas lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
5. É responsável com seu material escolar	DT	D	DP	CP	C	CT
6. Sabe trabalhar independentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
7. É metuculoso nas atividades (detalhista)	DT	D	DP	CP	C	CT
8. Fica atento durante às explicações do professor	DT	D	DP	CP	C	CT
9. É atento com as lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
10. Consegue prestar atenção a uma mesma coisa durante muito tempo	DT	D	DP	CP	C	CT
11. Perde e esquece objetos (livros, lápis, borracha, etc)	DT	D	DP	CP	C	CT
12. Distrai-se facilmente por barulhos em sala de aula	DT	D	DP	CP	C	CT
13. Nunca termina o que começa	DT	D	DP	CP	C	CT
14. Passa de uma atividade incompleta para outra	DT	D	DP	CP	C	CT
15. Tem dificuldade para concentrar-se	DT	D	DP	CP	C	CT
16. Esquece muito rápido o que acabou de ser dito	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 1 – 16 _____

HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

17. Mexe-se e contorce-se na cadeira	DT	D	DP	CP	C	CT
18. Age sem pensar (é impulsivo)	DT	D	DP	CP	C	CT
19. Parece estar sempre "a todo vapor" ou "ligado como um motor"	DT	D	DP	CP	C	CT
20. Mexe mãos e pés constantemente (é inquieto)	DT	D	DP	CP	C	CT
21. Levanta-se frequentemente da carteira	DT	D	DP	CP	C	CT
22. Atrapalha o professor com barulhos diferentes	DT	D	DP	CP	C	CT
23. Age imprudentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
24. Tem sempre muita pressa	DT	D	DP	CP	C	CT
25. Muda muito de lugar e de postura	DT	D	DP	CP	C	CT
26. Fala pouco	DT	D	DP	CP	C	CT
27. É paciente (sabe aguardar sua vez)	DT	D	DP	CP	C	CT
28. Parece ser uma criança tranquila e sossegada	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 17 – 28 _____

PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

29. Não rende de acordo com o esperado em Português	DT	D	DP	CP	C	CT
30. Tem dificuldades para entender problemas de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
31. Tem dificuldades para expressar verbalmente seus pensamentos	DT	D	DP	CP	C	CT
32. Seu raciocínio lógico é lento	DT	D	DP	CP	C	CT
33. Troca letras ao escrever	DT	D	DP	CP	C	CT
34. Sua caligrafia é desleixada	DT	D	DP	CP	C	CT
35. Gosta de fazer exercícios de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
36. Escreve sem erros	DT	D	DP	CP	C	CT
37. Lê perfeitamente	DT	D	DP	CP	C	CT
38. É rápido para fazer cálculos	DT	D	DP	CP	C	CT
39. Compreende textos corretamente	DT	D	DP	CP	C	CT
40. Domina soma, subtração, multiplicação e divisão	DT	D	DP	CP	C	CT
41. Segue normas e regras da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
42. Fala com perfeição	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 29 – 42 _____

COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL

43. Os colegas de classe o evitam	DT	D	DP	CP	C	CT
44. Irrita outras crianças com suas palhaçadas	DT	D	DP	CP	C	CT
45. É briguento	DT	D	DP	CP	C	CT
46. Causa confusão em sala de aula	DT	D	DP	CP	C	CT
47. É bem aceito pelos colegas da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
48. Sabe respeitar professores	DT	D	DP	CP	C	CT
49. Possui muitos amigos	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 43 – 49 _____

ANEXO 5

SNAP- IV Versão em Português validada por Mattos P. et al, 2005.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
--	---------------------	--------------------	-----------------	---------------

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				

17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).				

Como avaliar:

1) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.

2) se existem pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.

O questionário SNAP-IV é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A) para se fazer o diagnóstico. Existem outros critérios que também são necessários.

IMPORTANTE: Não se pode fazer o diagnóstico de TDAH apenas com o critério A! Veja abaixo os demais critérios.

CRITÉRIO A: Sintomas (vistos acima)

CRITÉRIO B: Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa).

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas.

CRITÉRIO E: Se existe um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

ANEXO 6

**CBCL – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18” (CBCL/6-18) -
PAIS/CUIDADORES**

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE(completo): _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____
 ESCOLARIDADE (série atual): _____
 NÃO FREQUENTA ESCOLA:
 TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, (mesmo que não estejam trabalhando no momento).
Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.
 Tipo de trabalho do pai: _____
 Tipo de trabalho da mãe: _____
 ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante): _____
 Nome completo: _____
 Sexo: Masculino Feminino
 Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:
 Pai/Mãe Biológico(a) Padrasto/Madrasta Avô/Avó
 Pai/Mãe Adotivo(a) Outro (especificar): _____

FAVOR PREENCHER ESSE QUESTIONÁRIO DE ACORDO COM SEU PONTO DE VISTA SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO, MESMO QUE OUTRAS PESSOAS NÃO CONCORDEM. COMENTÁRIOS ADICIONAIS SÃO BEM-VINDOS E PODEM SER ANOTADOS AO LADO DE CADA ITEM E NO FINAL DO QUESTIONÁRIO.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA.
www.ASEBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, R. Nascimento, C.S. Duarte, C.S. Paula – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

a. Menos Igual Mais Não sei

b. Menos Igual Mais Não sei

c. Menos Igual Mais Não sei

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um desses esportes?

a. Pior Igual Melhor Não sei

b. Pior Igual Melhor Não sei

c. Pior Igual Melhor Não sei

II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, vídeo-game, etc.

(Incluir brincadeiras em grupo)

(Não incluir rádio e TV)

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

a. Menos Igual Mais Não sei

b. Menos Igual Mais Não sei

c. Menos Igual Mais Não sei

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas atividades?

a. Pior Igual Melhor Não sei

b. Pior Igual Melhor Não sei

c. Pior Igual Melhor Não sei

III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um desses grupos?

- a. Menor Igual Maior Não sei
 b. Menor Igual Maior Não sei
 c. Menor Igual Maior Não sei

IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: office boy, ajudante em feira, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.

(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento)

Nenhum

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas funções?

- a. Pior Igual Melhor Não sei
 b. Pior Igual Melhor Não sei
 c. Pior Igual Melhor Não sei

V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

- Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

- menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho:

a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

- pior igual melhor não tem irmãos ou irmãs

b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?

- pior igual melhor
 não tem contato com outras crianças ou adolescentes

c. Se comporta em relação aos pais?

- pior igual melhor

d. Brinca ou trabalha sozinho?

- pior igual melhor

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental)

Se a criança ou adolescente não estiver freqüentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares? (Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

- a. Português ou Literatura: insuficiente pior igual melhor
 b. História ou Estudos Sociais: insuficiente pior igual melhor
 c. Matemática: insuficiente pior igual melhor
 d. Ciências: insuficiente pior igual melhor

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, biologia, sociologia, etc.) **Não** incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

- e. _____ insuficiente pior igual melhor
 f. _____ insuficiente pior igual melhor
 g. _____ insuficiente pior igual melhor

2. Seu filho está em classe especial ou em escola especializada?

- Não Sim – Se sim, especifique o tipo de classe ou escola: _____

3. Seu filho já repetiu de ano?

- Não Sim – Se sim, especifique as séries e os motivos:

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola?

- Não Sim – Se sim, descreva os problemas:

Quando começaram esses problemas? _____

Esses problemas já se resolveram?

() Não () Sim – Quando? _____

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Descreva _____

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes.

Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

- 0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade
- 0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais
Descreva qual bebida: _____
- 0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)
- 0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa
- 0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer
- 0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/ penico
- 0 1 2 7. É convencido, conta vantagem
- 0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)
Descreva: _____
- 0 1 2 10. É agitado, não para quieto
- 0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente
- 0 1 2 12. Queixa-se de solidão
- 0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. É maldoso com os animais
- 0 1 2 16. É maldoso com as pessoas
- 0 1 2 17. É muito distraído, perdido nos próprios pensamentos
- 0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se
- 0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele
- 0 1 2 20. Destrói as próprias coisas
- 0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas
- 0 1 2 22. É desobediente em casa
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito)
- 0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes
- 0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.
Descreva: _____
- 0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente
- 0 1 2 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares
- 0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).
Descreva: _____
- 0 1 2 30. Tem medo da escola Descreva: _____
- 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)
- 0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho
- 0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele
- 0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem
- 0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior
- 0 1 2 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes
- 0 1 2 37. Entra em muitas brigas
- 0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente
- 0 1 2 39. Anda em más companhias
- 0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem. Descreva: _____
- 0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar
- 0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros
- 0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
- 0 1 2 44. Rói unhas
- 0 1 2 45. É nervoso ou tenso
- 0 1 2 46. Tem (alguma mania) "tique nervoso", cacoete
Descreva: _____
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele
- 0 1 2 49. Tem intestino preso (não consegue defecar freqüentemente)
- 0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado

- 0 1 2 53. Come muito
- 0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo
- 0 1 2 55. Está gordo demais
- 0 1 2 56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- 0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- 0 1 2 b. Dores de cabeça
- 0 1 2 c. Vontade de vomitar, enjôos
- 0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)
Descreva:_____
- 0 1 2 e. Problemas de pele
- 0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga
- 0 1 2 g. Vômitos
- 0 1 2 h. Outras queixas. Descreva:_____
- 0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo
Descreva:_____
- 0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público
- 0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas
- 0 1 2 61. Não vai bem na escola
- 0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)
- 0 1 2 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos
- 0 1 2 64. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões):
Descreva:_____
- 0 1 2 67. Foge de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém
- 0 1 2 70. Vê coisas que não existem. Descreva:_____
- 0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele
- 0 1 2 72. Põe fogo nas coisas
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais Descreva:_____
- 0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
- 0 1 2 75. É muito tímido (vergonhoso)
- 0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes
- 0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite.
Descreva:_____
- 0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala. Descreva:_____
- 0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"
- 0 1 2 81. Rouba em casa
- 0 1 2 82. Rouba fora de casa
- 0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada
Descreva:_____
- 0 1 2 84. Tem comportamento estranho
Descreva:_____
- 0 1 2 85. Tem idéias estranhas
Descreva:_____
- 0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
- 0 1 2 88. Fica emburrado facilmente
- 0 1 2 89. É desconfiado
- 0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões
- 0 1 2 91. Fala que vai se matar
- 0 1 2 92. Fala ou anda dormindo
Descreva:_____
- 0 1 2 93. Fala demais
- 0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros (rir dos outros)
- 0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva
- 0 1 2 96. Pensa demais em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as pessoas
- 0 1 2 98. Chupa o dedo
- 0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
Descreva:_____
- 0 1 2 100. Mata aula
- 0 1 2 101. É pouco ativo, movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia
- 0 1 2 102. É infeliz, triste ou deprimido
- 0 1 2 103. É barulhento demais
- 0 1 2 104. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)
Descreva:_____
- 0 1 2 105. Estraga ou destrói coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde)
- 0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia
- 0 1 2 108. Faz xixi na cama
- 0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha
- 0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:

0 1 2 a. _____

0 1 2 b. _____

0 1 2 c. _____

CONFIRA SUAS RESPOSTAS PARA CERTIFICAR-SE DE TER RESPONDIDO TODOS OS ITENS.

ANEXO 7

TRF- INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA DO “TEACHER’S REPORT FORM FOR AGES 6-18” (TRF/6-18)

Número de identificação: _____

Suas respostas serão usadas para comparar seu aluno com alunos de outros professores que preencheram questionários semelhantes. A informação desse questionário também será comparada com outras informações sobre esse aluno. Por favor, responda o melhor que puder, mesmo que você não tenha todas as informações. As pontuações obtidas em itens individuais serão combinadas para identificar padrões gerais de comportamento.

Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário.

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME DO ALUNO (completo): _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE : _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL (mesmo que não estejam trabalhando no momento. Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa,

pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Sua função na escola: () Professor () Auxiliar do professor () Professor substituto () Coordenador ou Diretor () Outro (especificar): _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento do aluno, mesmo que outras pessoas não concordem. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA.

www.ASEBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, R. Nascimento, C.S. Duarte, C.S. Paula – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

I. Há quantos meses você conhece esse aluno? _____ meses.

II. Você o conhece bem? () Não () Mais ou menos bem () Muito bem

III. Quanto tempo por semana ele tem aula com você ou fica a seus cuidados?

IV. Que tipo de aula você dá ou qual é o serviço que você presta junto a ele? (Seja específico, por exemplo: todas as aulas da 4ª série, aula de matemática na 7ª série, orientador pedagógico, etc.)

V. Esse aluno já foi encaminhado para classe especial, programas especiais ou reforço escolar?

() Não sei () Não () Sim – Se sim, qual foi o tipo de encaminhamento e quando ocorreu?

VI. Ele já repetiu de ano?

() Não sei () Não () Sim – Se sim, quais séries e por que motivos?

VII. Como é o desempenho desse aluno nas matérias escolares? (Liste as matérias e assinale o nível de desempenho em relação à média exigida pela escola)

1 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

2 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

3 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

4 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

5 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

6 _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média
() Pouco acima () Muito acima

VIII. Comparando com outros alunos da mesma idade:

1. Quanto ele está se dedicando aos estudos?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais
() Muito mais

2. Quão apropriado está o comportamento dele?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais

() Muito mais

3. Quanto ele está aprendendo?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais

() Muito mais

4. Quão feliz ele está?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais

() Muito mais

IX. Pontuação em testes de desempenho aplicados recentemente (opcional)

Nome do teste _____

Matéria _____

Data _____

Nota ou nível de desempenho _____

X. Testes de QI, prontidão e aptidão (opcional)

Nome do teste _____

Data _____

QI ou pontuação equivalente _____

Esse aluno tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Se sim, descreva: _____

Quais suas maiores preocupações em relação a esse aluno?

Descreva as qualidades, os pontos positivos desse aluno.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de alunos. Considere seu aluno ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 2 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento desse aluno.

- 0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade
- 0 1 2 2. Faz sons com a boca ou outros barulho estranhos durante a aula
- 0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)
- 0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa
- 0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer
- 0 1 2 6. Desafia, “responde” às pessoas que trabalham na escola
- 0 1 2 7. É convencido, conta vantagem
- 0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)
Descreva: _____
- 0 1 2 10. É agitado, não para quieto
- 0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente
- 0 1 2 12. Queixa-se de solidão
- 0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. Fica fazendo pequenos movimentos, mostrando-se inquieto
- 0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas
- 0 1 2 17. Fica no ‘mundo da lua’, perdido nos próprios pensamentos (devaneios)
- 0 1 2 18. Machuca-se de propósito, ou já tentou suicidar-se
- 0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele
- 0 1 2 20. Destrói coisas dos outros
- 0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas
- 0 1 2 22. Tem dificuldade para obedecer ordens ou seguir instruções
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. Atrapalha os colegas
- 0 1 2 25. Não se dá bem com os colegas
- 0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.
Descreva: _____
- 0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente
- 0 1 2 28. Desrespeita regras da escola
- 0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).
Descreva: _____
- 0 1 2 30. Tem medo da escola. Descreva: _____
- 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)
- 0 1 2 32. Tem “mania de perfeição”, acha que tem que fazer tudo certinho
- 0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele
- 0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem
- 0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

- 0 1 2 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes
- 0 1 2 37. Entra em muitas brigas
- 0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente
- 0 1 2 39. Anda em más companhias
- 0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem. Descreva: _____
- 0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar
- 0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros
- 0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
- 0 1 2 44. Rói unhas
- 0 1 2 45. É nervoso ou tenso
- 0 1 2 46. Tem "tique nervoso", cacoete. Descreva: _____
- 0 1 2 47. Segue regras de modo exagerado
- 0 1 2 48. Os colegas não gostam dele
- 0 1 2 49. Tem dificuldade para aprender
- 0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado
- 0 1 2 53. Fala fora de hora
- 0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo
- 0 1 2 55. Está gordo demais
- 0 1 2 56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- 0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- 0 1 2 b. Dores de cabeça
- 0 1 2 c. Náuseas, enjôos
- 0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos) Descreva: _____
- 0 1 2 e. Problemas de pele
- 0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga
- 0 1 2 g. Vômitos
- 0 1 2 h. Outras queixas. Descreva: _____
- 0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo
Descreva: _____
- 0 1 2 59. Dorme durante a aula
- 0 1 2 60. Apático, indiferente ou desmotivado
- 0 1 2 61. Não vai bem na escola
- 0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)
- 0 1 2 63. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)
Descreva: _____
- 0 1 2 67. Faz bagunça na classe
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém
- 0 1 2 70. Vê coisas que não existem. Descreva: _____
- 0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele
- 0 1 2 72. Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e mal cuidados
- 0 1 2 73. Comporta-se de modo irresponsável. Descreva: _____
- 0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
- 0 1 2 75. É muito tímido
- 0 1 2 76. É estourado e tem comportamento imprevisível
- 0 1 2 77. Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica frustrado facilmente
- 0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala. Descreva: _____
- 0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"
- 0 1 2 81. Sente-se magoado quando é criticado
- 0 1 2 82. Rouba
- 0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada
Descreva: _____
- 0 1 2 84. Tem comportamento estranho. Descreva: _____
- 0 1 2 85. Tem idéias estranhas. Descreva: _____
- 0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou sentimentos
- 0 1 2 88. Fica chateado facilmente
- 0 1 2 89. Não confia em ninguém
- 0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões
- 0 1 2 91. Fala que vai se matar
- 0 1 2 92. Não tira boas notas na escola
- 0 1 2 93. Fala muito
- 0 1 2 94. Gosta de rir dos outros
- 0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva
- 0 1 2 96. Pensa muito em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as pessoas
- 0 1 2 98. Chega atrasado na escola ou na aula
- 0 1 2 99. Fuma cigarro
- 0 1 2 100. Não faz os trabalhos escolares ou lições que deveria fazer

- 0 1 2 101. Falta aula
 0 1 2 102. Movimenta-se pouco, é preguiçoso
 0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido
 0 1 2 104. É barulhento demais
 0 1 2 105. Usa drogas ou bebidas alcoólicas (**excluir** tabaco).
 Descreva: _____
 0 1 2 106. Fica o tempo todo querendo agradar os outros
 0 1 2 107. Não gosta da escola
 0 1 2 108. Tem medo de errar
 0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha
 0 1 2 110. Vai sujo para escola
 0 1 2 111. É vergonhoso, não tem amizade com os outros
 0 1 2 112. É muito preocupado
 0 1 2 113. Favor anotar abaixo outros problemas desse aluno que não foram abordados nos itens acima:
 0 1 2 a. _____
 0 1 2 b. _____
 0 1 2 c. _____

ANEXO 8

CBCL/6-18 adaptado para a população de índios Karajá

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18"

(CBCL/6-18) – PAIS/CUIDADORES

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____

Nome completo da criança/adolescente: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

() NÃO FREQUENTA ESCOLA:

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL (mesmo que não estejam trabalhando no momento).

Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo: pescador, piloto de voadeira, professor, dona de casa)

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da Mãe: _____

ESTA FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante): _____

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

() Pai/Mãe Biológico(a) () Padrasto/Madrasta () Avô/Avó () Pai/Mãe Adotivo(a) () Outro (especificar): _____

FAVOR PREENCHER ESSE QUESTIONÁRIO DE ACORDO COM SEU PONTO DE VISTA SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO, MESMO QUE OUTRAS PESSOAS NÃO CONCORDEM. COMENTÁRIOS ADICIONAIS SÃO BEM-VINDOS E PODEM SER ANOTADOS AO LADO DE CADA ÍTEM E NO FINAL DO QUESTIONÁRIO. FAVOR RESPONDER TODOS OS ÍTEMS.

I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: nadar no rio, futebol, voleibol, bicicleta, pescar, etc.

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada um desses esportes?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, etc. (Incluir brincadeiras em grupo e não incluir rádio e TV)

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada uma dessas atividades?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

III. Por favor, diga quais os grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um desses grupos?

a. () Menor () Igual () Maior () Não sei

b. () Menor () Igual () Maior () Não sei

c. () Menor () Igual () Maior () Não sei

IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: capinar, lavar roupa, cozinhar, lavar louça, etc.

(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento)

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada uma dessas funções?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

V. 1. Quantos bons amigos seu filho tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

() Nenhum () 1 () 2 () 2 ou 3 () 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

() menos que 1 () 1 ou 2 () 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, como seu filho:

a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

() pior () igual () melhor () não tem irmãos ou irmãs

- b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?
 pior igual melhor não tem contato com outras crianças ou adolescentes
- c. É com os pais?
 pior igual melhor
- d. Brinca ou trabalha sozinho?
 pior igual melhor

VII. 1. Como ele se sai nas matérias escolares (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental). Se a criança ou adolescente não estiver freqüentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como seu filho se sai nas matérias escolares? (Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

- a. Português ou Literatura pior igual melhor
 b. História ou Estudos Sociais pior igual melhor
 c. Matemática pior igual melhor
 d. Ciências pior igual melhor

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, biologia, sociologia, etc.) **Não** incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

- e. _____ pior igual melhor
 f. _____ pior igual melhor
 g. _____ pior igual melhor

2. Seu filho já repetiu de ano?

- Não Sim – Se sim, especifique as séries e os motivos:

3. Seu filho já teve dificuldades com as notas da escola ou outros tipos de problemas na escola?

- Não Sim – Se sim, descreva os problemas:

Quando começaram essas dificuldades? _____

Esses problemas já se resolveram?

- Não Sim – Quando? _____

4. Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

- Não Sim – Descreva _____

5. Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

6. Descreva o que seu filho faz (tem) de bom.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes. Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

1. **0 1 2** Seu filho comporta-se como se tivesse menos idade
2. **0 1 2** Toma bebida alcoólica sem os pais deixarem
Descreva qual bebida: _____
3. **0 1 2** Seu filho apresenta vários motivos para não fazer o que os outros pedem a ele
4. **0 1 2** Não consegue terminar as coisas que começa
5. **0 1 2** Há poucas coisas que seu filho gosta de fazer
6. **0 1 2** Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário
7. **0 1 2** Seu filho conta vantagem (se acha melhor que os outros)
8. **0 1 2** Seu filho não consegue prestar atenção por muito tempo
9. **0 1 2** Seu filho tem algum pensamento que não sai da cabeça
Descreva: _____
10. **0 1 2** É nervoso, é muito barulhento
11. **0 1 2** Fica sempre junto dos adultos, precisa dos adultos para tudo
12. **0 1 2** Fala que se sente sozinho
13. **0 1 2** Parece estar confuso, perdido nos pensamentos
14. **0 1 2** Chora muito
15. **0 1 2** É mau com os animais
16. **0 1 2** É mau com as pessoas
17. **0 1 2** Seu filho fica perdido nos próprios pensamentos
18. **0 1 2** Seu filho se machuca por querer ou já tentou se matar
19. **0 1 2** Seu filho gosta de chamar atenção para ele
20. **0 1 2** Seu filho(a) quebra as próprias coisas
21. **0 1 2** Seu filho(a) quebra as coisas de sua família ou de outras pessoas
22. **0 1 2** Seu filho(a) não faz o que os pais pedem em casa
23. **0 1 2** Seu filho(a) não faz o que os professores pedem na escola

24. **0 1 2** Seu filho(a) não gosta de se alimentar direito
25. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue ter amizade com outras crianças ou adolescentes
26. **0 1 2** Seu filho(a) não se sente culpado após ter feito algo errado
 Descreva: _____
27. **0 1 2** Seu filho(a) fica com ciúmes facilmente
28. **0 1 2** Seu filho(a) não respeita regras em casa, na escola ou em outros lugares
29. **0 1 2** Seu filho(a) tem medo de algum animal, de algum lugar que não seja a escola ou de alguma outra coisa
 Descreva: _____
30. **0 1 2** Seu filho(a) tem medo da escola
 Descreva: _____
31. **0 1 2** Seu filho(a) tem medo de pensar ou de fazer algo ruim (ibinare) contra ele próprio ou contra outras pessoas
32. **0 1 2** Seu filho(a) acha que tem que fazer tudo certinho
33. **0 1 2** Seu filho(a) acha que ninguém gosta dele
34. **0 1 2** Seu filho(a) acha que existem pessoas querendo fazer algo ruim (ibinare) contra ele
35. **0 1 2** Seu filho(a) sente que não é valorizado
36. **0 1 2** Seu filho(a) sempre se machuca
37. **0 1 2** Seu filho(a) sempre briga com outras crianças
38. **0 1 2** Os amigos de seu filho(a) sempre ficam rindo dele
39. **0 1 2** Seu filho(a) sempre está junto com pessoas que vocês (os pais) não gostam
40. **0 1 2** Seu filho(a) escuta sons ou vozes que ninguém mais escuta
 Descreva: _____
41. **0 1 2** Seu filho(a) faz as coisas sem pensar
42. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar sozinho
43. **0 1 2** Seu filho(a) conta muitas mentiras para os outros
44. **0 1 2** Seu filho(a) come unhas
45. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso
46. **0 1 2** Seu filho(a) tem alguma mania (faz movimentos involuntários várias vezes)
 Descreva: _____
47. **0 1 2** Seu filho(a) tem sonhos ruins
48. **0 1 2** As outras crianças ou adolescentes não gostam de seu filho(a)
49. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue defecar (fazer buxo) freqüentemente
50. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso ou muito bravo
51. **0 1 2** Seu filho(a) tem tonturas (perde o equilíbrio)
52. **0 1 2** Seu filho(a) se sente muitas vezes culpado
53. **0 1 2** Seu filho(a) come muito
54. **0 1 2** Seu filho(a) sente-se muito cansado sem motivo (sem saber o por quê)
55. **0 1 2** Seu filho(a) está gordo demais
56. Seu filho(a) têm (sem ser por um problema médico):
- 0 1 2** a. Dores de cabeça
- 0 1 2** b. Vontade de vomitar
- 0 1 2** c. Problemas com os olhos (que continuam mesmo usando óculos)
 Descreva: _____
- 0 1 2** d. Problemas de pele
- 0 1 2** e. Dores de estômago ou de barriga
- 0 1 2** f. Vômitos
- 0 1 2** g. Outras dores
 Descreva: _____
57. **0 1 2** Seu filho(a) briga com as pessoas
58. **0 1 2** Seu filho(a) fica mexendo (colocando o dedo) no nariz, na pele ou outras partes do corpo
 Descreva: _____
59. **0 1 2** Seu filho(a) fica mexendo nas partes íntimas perto de outras pessoas
60. **0 1 2** Seu filho(a) coloca muito a mão nas partes íntimas
61. **0 1 2** Seu filho(a) não vai bem na escola
62. **0 1 2** Seu filho(a) é atrapalhado, faz as coisas malfeitas
63. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais velhos
64. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais novos
65. **0 1 2** Seu filho(a) não gosta de falar
66. **0 1 2** Seu filho(a) faz todos os dias a mesma coisa
 Descreva: _____
67. **0 1 2** Seu filho(a) foge de casa
68. **0 1 2** Seu filho(a) grita muito
69. **0 1 2** Seu filho(a) não conta as coisas que ele(a) faz para ninguém
70. **0 1 2** Seu filho(a) vê coisas que outras pessoas não vêem
 Descreva: _____
71. **0 1 2** Seu filho(a) fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do que as pessoas achem dele
72. **0 1 2** Seu filho(a) põe fogo nas coisas
73. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades sexuais
 Descreva: _____
74. **0 1 2** Seu filho(a) fica sempre fazendo brincadeiras para chamar atenção dos outros
75. **0 1 2** Seu filho(a) é muito vergonhoso
76. **0 1 2** Seu filho(a) dorme menos que as outras crianças ou adolescentes
77. **0 1 2** Seu filho(a) dorme mais que as outras crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite
 Descreva: _____
78. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue prestar atenção
79. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades na fala
 Descreva: _____

80. **0 1 2** Seu filho(a) fica com o olhar parado, olhando o vazio
81. **0 1 2** Seu filho(a) rouba em casa
82. **0 1 2** Seu filho(a) rouba fora de casa
83. **0 1 2** Seu filho(a) junta em casa coisas das quais não precisa e que não servem para nada
 Descreva: _____
84. **0 1 2** Seu filho(a) tem comportamento estranho (jeito esquisito, fora do normal)
 Descreva: _____
85. **0 1 2** Seu filho(a) tem idéias diferentes das dos outros
 Descreva: _____
86. **0 1 2** Seu filho(a) fica nervoso facilmente
87. **0 1 2** Seu filho(a) muda de alegre para triste facilmente, no mesmo dia
88. **0 1 2** Seu filho(a) fica com raiva, emburrado (teburere) sempre
89. **0 1 2** Seu filho(a) não confia em ninguém
90. **0 1 2** Seu filho(a) xinga ou fala palavrões
91. **0 1 2** Seu filho(a) fala que vai se matar
92. **0 1 2** Seu filho(a) fala ou anda dormindo
 Descreva: _____
93. **0 1 2** Seu filho(a) fala muito (conversa muito)
94. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de rir dos outros
95. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso, fica com raiva facilmente
96. **0 1 2** Seu filho(a) pensa muito em sexo
97. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de passar medo nas pessoas
98. **0 1 2** Seu filho(a) chupa o dedo
99. **0 1 2** Seu filho(a) fuma cigarro
100. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades para dormir
 Descreva: _____
101. **0 1 2** Seu filho(a) falta muito as aulas
102. **0 1 2** Seu filho(a) movimenta-se pouco, movimenta-se devagar
103. **0 1 2** Seu filho(a) não é feliz (é triste)
104. **0 1 2** Seu filho(a) é barulhento demais
105. **0 1 2** Seu filho(a) usa drogas que não sejam álcool (koha) ou cigarro
 Descreva: _____
106. **0 1 2** Seu filho(a) estraga coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde)
107. **0 1 2** Seu filho(a) faz xixi na roupa durante o dia
108. **0 1 2** Seu filho(a) faz xixi durante a noite quando está dormindo
109. **0 1 2** Seu filho(a) fica chorando e reclamando sempre
110. **0 1 2** Seu filho(a) gostaria de ser menina(o)
111. **0 1 2** Seu filho(a) não brinca com outras crianças
112. **0 1 2** Seu filho(a) é muito preocupado
113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____

ANEXO 9

TRF/6-18 adaptado para a população de índios Karajá

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS

VERSÃO BRASILEIRA DO "TEACHER'S REPORT FORM FOR AGES 6-18"

(TRF/6-18)

Número de identificação: _____

Seus respostas serão usadas para comparar seu aluno com alunos de outros professores que preencheram questionários semelhantes. A informação desse questionário também será comparada com outras informações sobre esse aluno. Por favor, responda o melhor que puder, mesmo que você não tenha todas as informações. As pontuações obtidas em itens individuais serão combinadas para identificar padrões gerais de comportamento. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário.

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME DO ALUNO (completo): _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE : _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL (mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: pescador, piloto de voadeira, professor, dona de casa, etc)

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante): _____

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Sua função na escola: () Professor () Auxiliar do professor () Professor substituto () Coordenador ou Diretor ()

Outro (especificar): _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento do aluno, mesmo que outras pessoas não concordem. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

I. Há quantos meses você conhece esse aluno? _____ meses.

II. Você o conhece bem? () Não () Mais ou menos () bem () Muito bem

III. Quanto tempo por semana ele tem aula com você ou fica a seus cuidados?

IV. Que tipo de aula você dá ou qual é o serviço que você presta junto a ele? (Seja específico, por exemplo: todas as aulas da 4ª série, aula de matemática na 7ª série, orientador pedagógico, etc.)

V. Esse aluno já foi encaminhado para classe especial, programas especiais ou reforço escolar?

() Não sei () Não () Sim – Se sim, qual foi o tipo de encaminhamento e quando ocorreu?

VI. Ele já repetiu de ano? () Não sei () Não () Sim – Se sim, quais séries e por que motivos?

VII. Como são as notas desse aluno nas matérias escolares? (Liste as matérias e assinale o nível de desempenho em relação à média exigida pela escola)

1. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

2. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

3. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

4. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

5. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

6. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

VIII. Comparando com outros alunos da mesma idade:

1. Quanto ele está se dedicando aos estudos?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

2. Quão apropriado está o comportamento dele?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

3. Quanto ele está aprendendo?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

4. Quão feliz ele está?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

IX. Pontuação em testes de desempenho aplicados recentemente (opcional)

Nome do teste Matéria Data Nota ou nível de desempenho

X. Testes de QI, prontidão e aptidão (opcional)

Nome do teste Data QI ou pontuação equivalente

Esse aluno tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Se sim, descreva: _____

Quais suas maiores preocupações em relação a esse aluno?

Descreva boas coisas desse aluno, os pontos positivos desse aluno.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de alunos. Considere seu aluno ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 2 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento desse aluno.

1. **0 1 2** Comporta-se como se tivesse menos idade2. **0 1 2** Faz sons com a boca ou outros barulhos estranhos durante a aula3. **0 1 2** Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)4. **0 1 2** Não consegue terminar as coisas que começa5. **0 1 2** Há poucas coisas que ele gosta de fazer6. **0 1 2** É mal criado, “responde” às pessoas que trabalham na escola7. **0 1 2** Conta vantagem8. **0 1 2** Não consegue prestar atenção por muito tempo9. **0 1 2** Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça

Caso tenha algum descreva: _____

10. 0 1 2 Não fica parado, não para quieto
11. 0 1 2 Fica grudado nos adultos, precisa dos adultos para tudo
12. 0 1 2 Fala que se sente sozinho
13. 0 1 2 Parece estar perdido
14. 0 1 2 Chora muito
15. 0 1 2 Fica fazendo pequenos movimentos, mostrando-se inquieto
16. 0 1 2 É mau com as pessoas
17. 0 1 2 Fica distraído, perdido nos próprios pensamentos
18. 0 1 2 Machuca-se por querer e já tentou se matar
19. 0 1 2 Chama a atenção para ele
20. 0 1 2 Quebra coisas dos outros
21. 0 1 2 Destroí as coisas de sua família ou de outras pessoas
22. 0 1 2 Não consegue obedecer ordens ou seguir instruções
23. 0 1 2 Não consegue fazer o que pedem na escola
24. 0 1 2 Perturba os colegas
25. 0 1 2 Não se dá bem com os colegas
26. 0 1 2 Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal
- Descreva: _____
27. 0 1 2 Fica com ciúmes facilmente
28. 0 1 2 Não respeita as normas da escola
29. 0 1 2 Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)
- Descreva: _____
30. 0 1 2 Tem medo da escola
- Descreva: _____
31. 0 1 2 Tem medo de pensar ou de fazer algo ruim (contra si ou contra outros)
32. 0 1 2 Acha que tem que fazer tudo certinho demais
33. 0 1 2 Acha que ninguém gosta dele
34. 0 1 2 Acha que os outros o perseguem
35. 0 1 2 Sente que não é valorizado
36. 0 1 2 Machuca-se muitas vezes
37. 0 1 2 Entra em muitas brigas
38. 0 1 2 É alvo de gozações freqüentemente
39. 0 1 2 É amigo de alguém que os pais não gostam
40. 0 1 2 Escuta sons ou vozes que não existem
- Descreva: _____
41. 0 1 2 Faz coisas sem pensar
42. 0 1 2 Gosta de ficar sozinho
43. 0 1 2 Mente ou engana os outros
44. 0 1 2 Come unhas
45. 0 1 2 É nervoso
46. 0 1 2 Tem "tique nervoso", cacoete (faz movimentos repetitivos com qualquer parte do corpo; como se fosse 'mania', que nenhuma outra pessoa faz)
- Descreva: _____
47. 0 1 2 Segue regras de modo exagerado (gosta de tudo certinho demais)
48. 0 1 2 Os colegas não gostam dele
49. 0 1 2 Tem dificuldade para aprender
50. 0 1 2 É nervoso, bravo, aflito ou ansioso demais
51. 0 1 2 Tem tonturas
52. 0 1 2 Sente-se excessivamente culpado
53. 0 1 2 Fala fora de hora
54. 0 1 2 Sente-se cansado demais sem motivo
55. 0 1 2 Está gordo demais
56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- a. 0 1 2 Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- b. 0 1 2 Dores de cabeça
- c. 0 1 2 Náuseas, enjôos
- d. 0 1 2 Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)
- Descreva: _____
- e. 0 1 2 Problemas de pele
- f. 0 1 2 Dores de estômago ou de barriga
- g. 0 1 2 Vômitos
- h. 0 1 2 Outras queixas
- Descreva: _____
57. 0 1 2 Ataca fisicamente as pessoas
58. 0 1 2 Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo
- Descreva: _____
59. 0 1 2 Dorme durante a aula
60. 0 1 2 Não tem vontade de fazer atividades
61. 0 1 2 Não vai bem na escola
62. 0 1 2 É atrapalhado, faz as coisas mal feitas
63. 0 1 2 Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas
64. 0 1 2 Gosta de ficar perto de crianças (ou adolescentes) mais nova
65. 0 1 2 Não gosta de falar
66. 0 1 2 Faz muitas vezes as mesmas coisas (repetidamente)
- Descreva: _____
67. 0 1 2 Faz bagunça na classe

68. **0 1 2** Grita muito
 69. **0 1 2** Não conta suas coisas para ninguém
 70. **0 1 2** Vê coisas que os outros não vêem
 Descreva: _____
 71. **0 1 2** Fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do que as pessoas possam achar dele
 72. **0 1 2** Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e mal cuidados
 73. **0 1 2** Comporta-se de modo irresponsável
 Descreva: _____
 74. **0 1 2** Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
 75. **0 1 2** É muito vergonhoso
 76. **0 1 2** É nervoso, se comporta de forma não esperada
 77. **0 1 2** Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica chateado facilmente
 78. **0 1 2** Não presta atenção, distrai-se com facilidade
 79. **0 1 2** Tem dificuldades para falar
 Descreva: _____
 80. **0 1 2** Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"
 81. **0 1 2** Fica chateado quando é criticado
 82. **0 1 2** Rouba
 83. **0 1 2** Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada
 Descreva: _____
 84. **0 1 2** Se comporta de forma esquisita
 Descreva: _____
 85. **0 1 2** Tem idéias diferentes das dos outros
 Descreva: _____
 86. **0 1 2** É bravo, fica nervoso facilmente
 87. **0 1 2** Muda de alegre para triste na mesma hora
 88. **0 1 2** Fica chateado facilmente
 89. **0 1 2** Não confia em ninguém
 90. **0 1 2** Xinga ou fala palavrões
 91. **0 1 2** Fala que vai se matar
 92. **0 1 2** Não tira boas notas na escola
 93. **0 1 2** Fala muito
 94. **0 1 2** Gosta de rir dos outros
 95. **0 1 2** É esquentado, tem acessos de raiva
 96. **0 1 2** Pensa muito em sexo
 97. **0 1 2** Ameaça as pessoas
 98. **0 1 2** Chega atrasado na escola ou na aula
 99. **0 1 2** Fuma cigarro
 100. **0 1 2** Não faz os trabalhos escolares ou lições que deveria fazer
 101. **0 1 2** Falta aula
 102. **0 1 2** Movimenta-se pouco, é preguiçoso
 103. **0 1 2** É infeliz, triste ou deprimido
 104. **0 1 2** É barulhento demais
 105. **0 1 2** Usa drogas ou bebidas alcoólicas (**excluir** tabaco)
 Descreva: _____
 106. **0 1 2** Fica o tempo todo querendo agradar os outros
 107. **0 1 2** Não gosta da escola
 108. **0 1 2** Tem medo de errar
 109. **0 1 2** Fica choramingando, fazendo manha
 110. **0 1 2** Vai sujo para escola
 111. **0 1 2** É vergonhoso, não tem amizade com os outros
 112. **0 1 2** É muito preocupado
 113. Favor anotar abaixo outros problemas desse aluno que não foram abordados nos itens acima:
0 1 2 _____
0 1 2 _____

ANEXO 10

ESCALA DE CONNERS

Destinada a pais e professores, visando o diagnóstico da hiperatividade, adaptada e validada no Brasil por Barbosa (1995).

versão para pais – ponto de corte igual a 58

nunca = 0; às vezes = 1; frequentemente= 2; sempre = 3.

Comportamento habitual em casa:

1. Desperta à noite
2. Tem medo diante de novas situações
3. Tem medo de gente
4. Tem medo de estar sozinho
5. Preocupa-se com doenças e mortes
6. Mostra-se tenso e rígido
7. Apresenta sacudidas ou espasmos musculares
8. Apresenta tremores
9. Sente dores de cabeça
10. Sente dores de estômago
11. Tem vômitos
12. Queixa-se de enfermidades e dores
13. Deixa-se levar por outras crianças
14. Desafia e intimida os demais
15. É valente (arrogante) e desrespeita seus superiores (insolente)
16. É descarado com os adultos
17. É tímido diante dos amigos
18. Teme não agradar seus amigos
19. Tem amigos
20. É malicioso com seus irmãos
21. Briga constantemente
22. Critica muito outras crianças
23. Aprende na escola
24. Gosta de ir à escola
25. Tem medo de ir à escola
26. Desobedece as normas da escola
27. Mente, culpando os demais dos seus erros
28. Realiza roubos de seus pais

29. Realiza roubos na escola
30. Rouba em lojas, em barracas e em outros lugares
31. Tem problemas com a polícia
32. Pretende fazer tudo bem feito (perfeito)
33. Necessita fazer sempre as coisas da mesma maneira
34. Tem objetivos muito altos (sonhar alto)
35. Distrai-se facilmente
36. Mostra-se nervoso e inquieto
37. Não pode ficar quieto
38. Sobe em todas as partes
39. Desperta-se muito cedo
40. Não fica quieto durante as refeições
41. Se começa a fazer alguma coisa, repetitivamente, é impossível parar
42. Seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor

Versão para professores – ponto de corte igual a 62

I. Comportamento na sala de aula:

1. Constantemente se mexendo
2. Emite sons, ruídos
3. Pedidos tem que ser imediatamente atendidos
4. Coordenação motora comprometida, fraca
5. Inquieto, superativo
6. Excitável, impulsivo
7. Desatento, facilmente distraído
8. Não termina o que começa
9. Extremamente sensível
10. Extremamente sério, triste

11. Sonha acordado
12. Mal-humorado, rabugento
13. Chora com freqüência e facilidade
14. Perturba outras crianças
15. Provoca confusões
16. Humor muda drasticamente com rapidez
17. Matreiro, faz-se de esperto
18. Destrutivo
19. Furta
20. Mente
21. Explosões de raiva, comportamento imprevisível, explosivo.

II. Participação em Grupo

22. Isola-se de outras crianças
23. Parece não ser aceito pelo grupo
24. Parece se deixar levar com facilidade
25. Não tem "espírito esportivo"
26. Parece não ter liderança
27. Não se relaciona bem com o sexo oposto
28. Não se relaciona bem com crianças do mesmo sexo
29. Provoca outras crianças ou interfere com as suas atividades

III. Atitude em relação a autoridades

30. Submissa
31. Desafiadora
32. Atrevida

- 33. Tímida
- 34. Medrosa
- 35. Excessiva exigência da atenção do professor
- 36. Teimosa
- 37. Excessivamente ansiosa para agradar
- 38. De não cooperação.
- 39. Falta à aula com freqüência.