

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)¹

Rodrigo Linck Graeff
Cícero E. Vaz

Resumo: O objetivo desse artigo é efetuar um estudo teórico sobre alguns dos recursos mais utilizados em termos de avaliação e diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O TDAH é uma patologia de alta prevalência na infância e adolescência. A prática clínica aponta uma alta incidência de crianças que procuram atendimento com diagnóstico prévio de TDAH, que muitas vezes não é correto. Os próprios estudos de prevalência mostram achados que se diferem bastante, alertando para a necessidade de se refletir sobre o processo de avaliação e diagnóstico. Este artigo visa a apontar algumas das técnicas mais utilizadas para a avaliação da criança e do adolescente, abordando o processo como um todo, tendo em vista maior confiabilidade no diagnóstico e no tratamento.

Palavras-chave: Psicopatologia. TDAH. Diagnóstico. Avaliação psicológica.

A avaliação psicológica e o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) envolvem um processo delicado e complexo, o qual demanda do profissional experiência clínica, um bom conhecimento teórico e, sem dúvida, muita reflexão. As escolas, a cada dia que passa, se envolvem em uma tendência de explicar o mau desempenho de seus alunos pela presença do TDAH. Ainda que em muitos casos o diagnóstico realizado na escola possa estar equivocado, o Transtorno

1 Trabalho decorrente da dissertação de mestrado do primeiro autor intitulada "O Rorschach em Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade", sob orientação do segundo autor, na PUCRS. Apoio: CNPq,

de Déficit de Atenção e Hiperatividade é responsável por uma boa parcela dos problemas escolares, tendo em vista que ele, independentemente da associação com a hiperatividade, compromete significativamente o desempenho escolar, pois prejudica uma condição indispensável para a aprendizagem como um todo (Moojem, Dorneles, & Costa, 2003).

A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita de TDAH é necessária frente à popularização das informações, nem sempre claras para a população em geral, e, principalmente, no meio pedagógico. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre a patologia gera dificuldades, uma vez que crianças, adolescentes e pessoas adultas podem receber, equivocadamente, o rótulo de TDAH, assim como muitos indivíduos com essa patologia podem passar despercebidos e ficar sem tratamento.

Ainda que o profissional tenha competência (experiência clínica, conhecimento teórico), o processo diagnóstico da patologia é cheio de armadilhas, pois se diferencia de diagnósticos mais precisos, como aqueles que envolvem problemas físicos ou até mesmo outros quadros psicológicos. A primeira dificuldade é a inexistência de testes físicos, neurológicos ou psicológicos que possam realmente provar a presença do TDAH numa criança ou num adolescente. Uma segunda dificuldade que ocorre na avaliação clínica é que 80% das crianças ficam quietas durante a consulta, não possibilitando ao profissional condições para identificação dos sintomas do transtorno (Phelan, 2005).

O TDAH é, juntamente com o Transtorno Desafiador Opositivo e o Transtorno de Conduta, um dos três transtornos mais comuns no dia-a-dia profissional de pediatras, psicólogos e psiquiatras (Althoff, Rettew, & Huziak, 2003). Sua prevalência é estimada em 3 a 6% da população infantil geral (APA, 2002; Rohde & Ketzner, 1997), mas outros estudos (Barbresi et al. 2002; Guardiola, Fuchs, & Rotta, 2000; Vasconcellos, Werner Jr., Malheiros, Lima, Santos, & Barbosa, 2003) encontraram índices de prevalência com ampla variância (de 3 a 26%) no mesmo tipo de população. A oscilação nos achados quanto à prevalência indica que os resultados variam de acordo com os critérios utilizados para se avaliar o transtorno e de acordo com a população que é avaliada (Aggarawal & Lillystone, 2000). As pesquisas seguem os mais diversos métodos e utilizam inúmeros instrumentos, logo, a confirmação do diagnóstico está muito relacionada com a metodologia utilizada e com a rigorosidade do pesquisador, fato que se repete na prática diária de profissionais da saúde (Salmon & Kemp, 2002). Essa perspectiva aponta para a necessidade de uma avaliação criteriosa que utilize diversos instrumentos e se beneficie de uma troca interdisciplinar entre os profissionais da saúde (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, neurologistas).

É indispensável que o profissional tenha conhecimento clínico de psicopatologia e que possa se valer de outros recursos (como escalas, testes psicológicos e neuropsicológicos) e de outros profissionais para auxiliá-lo nessa tarefa.

TDAH

Características gerais

O TDAH é um transtorno no desenvolvimento do autocontrole, marcado por déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade (Barkley, 2002). A patologia é essencialmente caracterizada pela dificuldade de manter atenção, pela agitação e inquietude, o que muitas vezes pode configurar em hiperatividade e impulsividade. Esses sintomas seguem um padrão persistente e são mais freqüentes e severos do que manifestações similares presentes em crianças da mesma idade e nível desenvolvimental (Benczik, 2000), tendo em vista ser bastante comum as crianças apresentarem um comportamento mais ativo, desatento e impulsivo que os adultos (Barkley, 2002).

As crianças com TDAH são comumente descritas como desligadas, aborrecidas e desmotivadas frente às tarefas, sem força de vontade, bagueceiras e desorganizadas. São crianças agitadas, como se estivessem a “mil por hora” ou “com bicho carpinteiro”, são barulhentas e tendem a fazer coisas fora de hora (Barbosa, 2001). Além dessas características, é comum que crianças com TDAH apresentem outros sintomas, como baixa tolerância à frustração, troca contínua de atividades, dificuldade de organização e presença de sonhos diurnos. A essa patologia podem estar relacionados os fracassos escolares, as dificuldades emocionais e dificuldades de relacionamento em crianças e adolescentes (Wilens, Biedermann, & Spencer, 2002).

Nos dias de hoje, uma grande parte dos profissionais clínicos acredita que o TDAH está calcado sobre 3 problemas primários: a dificuldade em manter a atenção, o controle ou inibição de impulsos e a atividade excessiva. É possível identificar sintomas adicionais, como dificuldade para seguir regras e instruções e variabilidade em suas reações frente às mais variadas situações (Barkley, 2002). A patologia foi caracterizada no DSM-IV-TR (2002) por sintomas agrupados em 3 *clusters*: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade.

Desatenção

A história do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade remete a um período que ultrapassa 1 século. O primeiro trabalho sobre o tema, escrito pelo médico escocês Alexander Crichton, descreveu, em 1798, aspectos de desatenção encontrados em jovens que são muito semelhantes aos critérios propostos pelo DSM-IV para o tipo desatento do TDAH (Palmer & Finger, 2001). Sua inclusão na Segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais – DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), como Distúrbio de Reação Hiperkinética da Criança,

foi, sem dúvida, um dos mais significativos dentre os marcos da história (Barbosa & Stein, 1999). Na época da publicação, os pesquisadores davam maior ênfase aos sintomas de hiperatividade; porém, estudos da década de 70, como os de Virgínia Douglas e seus alunos da Universidade McGill (Canadá), foram, e muito, responsáveis pela nomenclatura de “Distúrbio de Déficit de Atenção”, em 1980, no DSM – III (APA, 1980). No manual de 1980, os sintomas poderiam, ou não, ser acompanhados pela hiperatividade; logo, ocorreu um desvio no foco da patologia, pois o prejuízo maior era causado pelo sintoma de desatenção e não pela hiperatividade (Rohde & Ketzner, 1997).

Os sintomas da desatenção podem ser identificados pelas seguintes manifestações: dificuldade de atentar a detalhes, tendência a cometer equívocos por pequenos descuidos em atividades escolares e de trabalho, dificuldade de manter a atenção em atividades lúdicas ou tarefas em geral, não seguir instruções dadas e não terminar tarefas escolares, ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa, apresentar dificuldade em organizar tarefas e atividades em geral, apresentar esquecimento em atividades diárias e evitar, ou mostrar relutância quanto à realização de tarefas que exijam esforço mental (Rohde et al., 1998).

A desatenção e a distratibilidade geram uma espécie de “sonhar acordado” e a dificuldade de permanecer focado em uma única tarefa por um período de tempo mais prolongado. Como a atenção oscila de um estímulo para outro, impossibilitando o foco concentrado em apenas uma tarefa, essas crianças e adolescentes costumam gerar em pais e professores a impressão de que não estão ouvindo (Rohde & Ketzner, 1997). A desatenção pode se manifestar nas relações humanas por freqüentes mudanças de assunto, por falta de atenção àquilo que é dito e a detalhes ou regras quando participam de jogos ou outras atividades (Calegario, 2002). Ainda que esses sintomas sejam intensos e bastante presentes nessas crianças, eles podem confundir o observador leigo, assim como os profissionais de saúde. O que mais confunde a avaliação desses sintomas é o fato de que muitas crianças com essa patologia são capazes de se manter atentas por um certo período de tempo. Situações em que existe alguma novidade para a criança, algo de alto valor de interesse, intimidação na qual ela esteja a sós com um adulto podem passar a sensação de que essas crianças não possuem dificuldades quanto à atenção e, assim, gerar muitos diagnósticos equivocados (Phelan, 2005).

Hiperatividade

Hiperatividade pode ser entendida como inquietação motora e agressiva, não apenas leves espasmos, passando a sensação de que as crianças estão “ligadas na tomada”, por estarem quase que constantemente

em atividade (Phelan, 2005). Ela é caracterizada por inquietação ou dificuldade de manter-se quieto na carteira escolar, por não permanecer sentado quando era esperada tal conduta, por correr, escalar ou mostrar conduta motora inadequada em situações inapropriadas, por apresentar dificuldade em brincar ou realizar atividades de lazer em silêncio ou por falar excessivamente (APA, 2002).

A hiperatividade não é constante nas crianças portadoras do TDAH, pois, algumas vezes, elas podem ficar quietas em situações novas, fascinantes, um pouco assustadoras ou quando estão a sós com alguém (Phelan, 2005). Essa quietude pode dificultar a identificação dos sintomas numa avaliação clínica, pois existe uma tendência de a criança não manifestar a hiperatividade no consultório clínico. Sendo assim, a avaliação desses sintomas deve abarcar situações em que as manifestações dos sintomas são mais prováveis: a escola, o trabalho e em situações sociais de grupo (Calegari, 2002). Além disso, deve ser levado em conta o aspecto desenvolvimental da hiperatividade, o qual prevê uma diminuição natural da mesma na mediada em que a idade avança.

Impulsividade

A impulsividade é um fator importante no panorama do TDAH, pois pode causar desde um prejuízo significativo na interação social da criança a ações que promovam um risco físico real. Phelan (2005) postula que a impulsividade na criança com TDAH é caracterizada pela ação sem o controle racional, ou seja, a criança faz o que quer, o que lhe vem à cabeça, sem medir ou se preocupar com as conseqüências. Dessa forma, elas podem se envolver em brincadeiras perigosas, se ferirem, ou agredirem outras crianças quando frustradas, para atingirem aquele desejo que lhes veio à mente.

Os portadores do TDAH apresentam dificuldades consideráveis em conter suas respostas frente a uma situação e pensarem antes de agir, pois realizam atos que dificilmente fariam se refletissem antes. Acabam, dessa forma, verbalizando coisas de forma impulsiva, muitas vezes carregadas de uma carga emocional muito forte, apresentando um comportamento rude e insensível. Tendem a agir com rapidez quando uma idéia lhes vem à mente, sem levar em conta se estão no meio de uma outra tarefa ou em um ambiente inadequado (Barkley, 2002).

Essas características repercutem negativamente tanto no meio social como no da aprendizagem. Na sala de aula, as crianças com TDAH costumam interromper a aula, fazer comentários sem pensar e sem autorização, responder a perguntas antes que sejam terminadas, iniciar tarefas ou testes sem ler as instruções por completo ou com cuidado e mostrar dificuldade em aguardar a sua vez (Barkley, 2002). Essas crianças podem se envolver em alguma espécie de roubo, mobilizadas apenas pelo impulso, sem crítica

quanto ao que pode acontecer, por exemplo, alguém dar falta do objeto que ela roubou, a quem está causando um dano (Phelan, 2005). Dificuldade em administrar o dinheiro é outra característica dessas crianças; elas compram o que vêem e desejam, sendo levadas pelo impulso, sem avaliar se realmente possuem condição de adquirir.

Frente à importância da impulsividade no TDAH, abordagens científicas atuais sugerem que as dificuldades referentes a parar, pensar, planejar e depois agir, estratégias que são usadas para autocontrole, estão ligadas a um déficit importante no mecanismo de inibição do comportamento. Essa dificuldade pode prejudicar significativamente o gerenciamento de ações, ou seja, a criança com TDAH possui uma falha no autocontrole, a qual impossibilita que ela gerencie seus comportamentos de forma tão eficaz como outras pessoas.

O processo diagnóstico

O diagnóstico do TDAH é realizado predominantemente através de uma minuciosa investigação clínica da história do paciente (Barkley, 1999), porém é possível e indicada a realização de um processo amplo, em que possam ser utilizados vários recursos instrumentais (entrevistas, escalas, testes psicológicos). O objetivo primordial de uma avaliação ampla envolve, além do objetivo central de determinar a presença ou ausência do TDAH, outros pontos importantes, como investigar as condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento do quadro (Calegaro, 2002). Nesse sentido, é importante que o clínico tenha uma visão mais ampla do paciente, não restringindo a avaliação a um modelo sintomático, mas sem perder de vista os aspectos psicodinâmico, multinível e multimodal do processo.

É importante que o profissional leve em conta que as características primárias da patologia podem ser observadas em muitas crianças, em várias circunstâncias, sem que se trate necessariamente do TDAH (Benzik, 2000). A diferenciação entre o TDAH e a normalidade configura um dilema clínico importante, responsável por muitos diagnósticos equivocadamente firmados, que chegam a ambulatórios especializados dos serviços de saúde. A dificuldade em definir um ponto de corte entre esses dois parâmetros parece configurar uma dificuldade central para o clínico (Rohde et al., 2004).

A primeira questão importante a ser analisada faz referência à frequência dos sintomas. Apesar de não haver consenso entre os profissionais nem pesquisa empírica sobre a questão, uma definição possível é que os sintomas devem ocorrer em um número maior de vezes do que não ocorrer na situação investigada. A duração dos sintomas também está permeada por dificuldades, de onde se torna importante que a persistência

dos sintomas em vários locais ao longo do tempo seja minuciosamente investigada. O profissional deve estar atento para a possibilidade de que os sintomas sejam fruto de outros quadros, reação a um fator psicossocial desencadeante, produto de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado (Rohde et al., 2004).

Em muitos casos, o distúrbio é percebido quando a criança ingressa na escola, momento em que as dificuldades de atenção e inquietude se evidenciam, tendo em vista que, normalmente, é quando o sujeito com TDAH passa a ser alvo de comparação com outras crianças da mesma idade e ambiente (Poeta & Neto, 2004). Muitas vezes, os sintomas só são percebidos quando a criança se encontra em um ponto mais avançado do ensino fundamental, como terceira ou quarta série, quando o uso das funções executivas como planejamento, organização e persistência de foco atencional são mais necessárias (Rohde et al., 2004). Tendo em vista que o critério referente à idade do início dos sintomas, causando prejuízo (antes dos 7 anos), proposto pelos manuais da CID-10 (1993) e DSM-IV TR (2002), não se baseia em evidências científicas (Barkley & Biederman, 1997), é sugerido que o clínico não descarte a possibilidade de fechar o diagnóstico em pacientes que apresentarem os sintomas após os 7 anos de idade (Rohde et al., 2004).

Estão sendo apresentados, na tabela 1, os critérios do DSM-IV TR (2002) para o diagnóstico de TDAH.

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, segundo o DSM – IV TR (American Psychiatric Association, 2002)

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:
<p>Desatenção:</p> <p>(a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras</p> <p>(b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas</p> <p>(c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra</p> <p>(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)</p> <p>(e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades</p> <p>(f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)</p> <p>(g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)</p> <p>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa</p> <p>(i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias</p>

<p>(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:</p>
<p>Hiperatividade:</p> <p>(a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira</p> <p>(b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado</p> <p>(c) freqüentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)</p> <p>(d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer</p> <p>(e) está freqüentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”</p> <p>(f) freqüentemente fala em demasia</p> <p>Impulsividade:</p> <p>(g) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas</p> <p>(h) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez</p> <p>(i) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)</p>
<p>B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.</p>
<p>C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).</p>
<p>D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</p>
<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).</p>

Ainda que o sistema do DSM-IV defina a necessidade de 6 ou mais sintomas (tabela 1), o profissional deve manter uma postura mais flexível em alguns casos, e mais convencional em outros: no caso de crianças, como os critérios do DSM-IV estão baseados em uma amostra predominantemente infantil, o avaliador corre o risco de diagnosticar um falso positivo caso aceite um número reduzido de sintomas (Rohde et al., 2004); já em adolescentes, é possível maior elasticidade no ponto de corte, desde que critérios como prejuízo funcional estejam presentes. A avaliação do prejuízo funcional envolve alguns aspectos importantes a serem lembrados,

como o potencial cognitivo da criança/adolescente, uma vez que jovens com elevados potenciais podem compensar parcialmente os sintomas, funcionando dentro da média esperada para a idade. O prejuízo funcional não engloba apenas o desempenho na escola, logo, o profissional deve fazer uma avaliação do sujeito em amplo espectro (social, familiar, físico, na história de vida). A análise do prejuízo funcional passa também pela avaliação de comorbidades associadas ao TDAH (Rohde et al., 2004).

Um outro ponto imprescindível para uma avaliação adequada envolve a identificação de quadros associados ao TDAH. Há um grande número de comorbidades associadas a ele, de modo que nos é possível afirmar que, em grande parte dos casos, o TDAH não é encontrado na sua forma pura, tendo em vista índices que apontam que até 65% dos casos encaminhados para tratamento podem apresentar algum transtorno associado (Anastopoulos, 1999). Souza et al. (2001) observaram em dados preliminares a significativa ocorrência de transtornos co-mórbidos em 87% das crianças e adolescentes com TDAH com idades entre 6 e 16 anos, sendo que 39,2% dessas crianças possuíam transtorno de conduta associado, e 20,6% transtorno desafiador opositivo, ainda que esse índice possa atingir de 35 a 65% (Souza e Pinheiro, 2003). Foram encontrados transtornos de ansiedade (11,7%) e de depressão (11,7%) em um número razoável de casos. Frente a esses dados, a análise das implicações de comorbidades sobre o funcionamento das crianças com TDAH é de extrema importância para que se possa firmar o prognóstico e traçar o plano de tratamento desses sujeitos (Calegaro, 2002).

Frente aos aspectos mencionados, fica evidente a importância de uma avaliação abrangente sobre o funcionamento da criança. Para que isso seja realizado, existe uma gama de técnicas e instrumentos que podem ser utilizados a fim de enriquecer o processo avaliativo e diagnóstico, como entrevistas clínicas, uso de escalas, testes psicológicos e neuropsicológicos. O intercâmbio multidisciplinar é de extremo valor, pois a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, pode ser muito útil para um entendimento mais global de um caso.

A entrevista com os pais e com a criança/adolescente

Os pais das crianças são fonte vital de informação, porém a entrevista com eles nem sempre é fácil, pois normalmente os pais comparecem à consulta muito desgastados e estressados com o comportamento de seu filho (Phelan, 2005). Ainda que muitas vezes as características e dificuldades dos pais dificultem a investigação do TDAH, isso não minimiza a importância nem influencia de forma significativa a qualidade dessas informações, mesmo em caso de criança cujo pai ou cuja mãe sofre desse transtorno (Faraone, Biederman, Monteux, & Cohan, 2003). Nas entrevistas com os pais

é imprescindível a investigação de sintomas como onde, quando, e com que frequência eles ocorrem. Os pais costumam trazer um relato mais confiável de sintomas como agressividade, impulsividade, desatenção, oposição e hiperatividade do que crianças e adolescentes em avaliação (Martins, Tramontina, & Rohde, 2002).

De acordo com Calegari (2002), é importante que a entrevista com os pais abarque várias áreas: a) preocupações e queixas principais dos pais (duração, frequência, início, oscilações, repercussões dos sintomas); b) dados demográficos sobre a criança e a família (idade, data de nascimento, parto, escola onde estuda a criança, nome de professores e coordenadores); c) desenvolvimento (motor, intelectual, acadêmico, emocional, social e da linguagem); d) história familiar pregressa (possíveis transtornos mentais na família, dificuldades conjugais, dificuldades econômicas ou profissionais, estressores psicossociais incidentes sobre a família); e) história escolar (pode ser revisada série por série, buscando verificar desempenho acadêmico e social); f) tratamentos anteriores ou suspeitas diagnósticas.

Algum tempo com a criança também é importante no processo de avaliação. No caso de crianças pré-escolares, a entrevista pode se resumir a um breve contato amistoso, onde se observará o comportamento, a aparência e características gerais (Calegari, 2002). Uma entrevista que abarque a hora de jogo também pode ser realizada com crianças pequenas. Para crianças mais velhas e adolescentes é possível focar a percepção e sentimentos do sujeito frente ao problema: se esse está ciente do mesmo ou se teria uma outra explicação para suas dificuldades. É igualmente importante investigar a forma como o sujeito se relaciona com pais e professores (Benczik, 2000).

Deve se levar em conta que o comportamento de crianças e adolescentes no consultório ou no ambiente onde está se realizando a avaliação é, com frequência, muito diferente do ambiente com o qual estão familiarizados (Calegari, 2002). A ausência de sintomas no consultório não exclui o diagnóstico, pois as crianças com TDAH são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário ou em situações de grande interesse (Martins, Tramontina, & Rohde, 2002). Situações peculiares, como aquelas onde existe alguma novidade para a criança, algo de alto valor de interesse, intimidação ou em que esteja a sós com um adulto, podem fazer com que as crianças "mascarem" os sintomas, fato possivelmente responsável pelo diagnóstico de inúmeros falsos negativos (Phelan, 2005).

Entrevista realizada na escola

Dentre os passos habitualmente utilizados no processo de avaliação do TDAH, a coleta de informações na escola é fundamental para se firmar o diagnóstico. Tendo em vista os critérios do DSM-IV que apontam a necessi-

dade dos sintomas estarem presentes em mais de um ambiente, a escola, como local onde a criança/adolescente passa boa parte de seu dia, é fonte rica de informação. A coleta de informações (atuais e passadas) junto à escola, como anotações, resultados em testes, testes de desempenho e observações do comportamento, configura uma forma muito rica de obtermos uma noção geral do funcionamento da criança (Phelan, 2005). A maioria das crianças com TDAH apresenta problemas com desempenho e comportamento na escola. Nesse sentido, detalhes devem ser investigados junto a coordenadores e professores, visando esclarecer esse funcionamento e investigar possíveis comorbidades (Calegari, 2002).

Ainda que seja uma fonte excelente de informações, a entrevista junto aos professores nem sempre é viável, sendo mais comum o contato telefônico (Calegari, 2002). Uma alternativa apontada por alguns autores (Calegari, 2002; Martins, Tramontina & Rohde, 2002; Benczik, 2000; Phelan, 2005) é enviar à escola escalas objetivas para avaliação de desatenção, hiperatividade e impulsividade que possam ser preenchidas de forma simples e fácil pelos professores.

A percepção do professor sobre a capacidade da criança/adolescente em seguir as regras e respeitar a autoridade na sala de aula auxilia o entendimento do clínico sobre como a criança está lidando com suas dificuldades (Benczik, 2000). Martins, Tramontina e Rohde (2002) mencionam estudos que alertam para a possibilidade de os professores maximizarem os sintomas apresentados pelas crianças com TDAH, principalmente quando existe comorbidade com um transtorno disruptivo do comportamento. Ainda assim, a escola é uma fonte muito valiosa de informação, tanto no processo diagnóstico como na avaliação do tratamento. Quando em tratamento, a evolução do paciente é percebida pelos professores de forma tão eficiente quanto pelos pais (Biederman et al., 2004), fato que reforça a importância de um contato contínuo com ambos.

O uso de escalas

Além das entrevistas, o uso de escalas e questionários para pais e professores é procedimento consagrado na literatura internacional, principalmente por terem mostrado sensibilidade e confiabilidade para uso profissional (Benczik, 2000). Esses instrumentos podem fornecer dados sistematizados, que permitem uma visão mais objetiva, com dados quantitativos dos sintomas. Ainda que possam ser muito úteis, existem algumas limitações e cuidados que devem ser levados em conta ao se utilizar esses instrumentos, como, por exemplo, a possibilidade da escala apontar como significativos comportamentos que não ocorrem com muita frequência, ou não abarcar de forma completa a real condição do quadro (Barkley, 1999).

Algumas escalas muito usadas para professores são: Child Behavior Checklist (CBCL), a Escala Conners (validada no Brasil por Barbosa, 1997), a SNAP-IV e a Escala de TDAH (Benczik, 2000). Junto aos pais são utilizadas comumente a versão para pais do CBCL, a Escala Conners (Barbosa, 1998) e, para verificar comorbidades, o K-SADS-E (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Epidemiological Version).

A Child Behavior Checklist (CBCL) é uma escala de amplo espectro que cobre uma grande variedade de problemas, propiciando uma visão global do funcionamento da criança. O instrumento também vem indicando eficácia na detecção de comorbidades (Phelan, 2005). O CBCL é composto de 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social e outros 118 para verificação de problemas de comportamento e emocionais. A escala tem se mostrado confiável e precisa quanto à indicação do diagnóstico de TDAH (Hudziak et al., 2004), diferenciando-o, inclusive, de quadros como mania juvenil (Hazell, Lewin, & Carr, 1999). Nesse sentido, o CBCL pode funcionar como um bom instrumento na triagem do TDAH. No Brasil já existem estudos de tradução e validação da escala que, embora apresentem resultados preliminares (Bordin, Mari, & Caeiro, 1995), indicam a utilidade do instrumento na prática clínica.

A Escala Conners tem um funcionamento muito semelhante ao CBCL, por ter características de uma escala de amplo espectro, mas também abordar de forma mais minuciosa alguns sintomas específicos. Ainda que essa escala esteja focada de forma significativa na detecção do TDAH, ela apresenta sub-escalas que abarcam aspectos como comportamento de oposição, problemas cognitivos, comportamento ansioso/tímido, perfeccionismo, Problemas Sociais e Instabilidade Emocional (Phelan, 2005). Tanto a versão para pais como para professores está validada no Brasil por meio de uma pesquisa realizada no norte do país, que apontou de forma adequada as propriedades psicométricas da escala (Barbosa, 1997).

O SNAP-IV é um questionário simples, para ser entregue aos professores, que possibilita listagem de uma série de comportamentos a serem avaliados de acordo com a intensidade e frequência. A escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Benczik, 2000b) é baseada na análise fatorial que apontou sintomas em 3 grupos: Déficit de Atenção/Problemas de Aprendizagem, Hiperatividade/Impulsividade e Comportamento Anti-social. Os itens agrupados em cada um desses aspectos são avaliados a partir de uma escala Lickert de 6 pontos organizada de modo que o professor escolhe avaliar as afirmações de acordo com as seguintes categorias: discordo totalmente, discordo, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo, concordo totalmente.

O K-SADS-E (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Epidemiological Version) é um instrumento semi-estruturado que vem sendo bastante utilizado para avaliação de comorbidades (Martins, Tramontina, & Rohde, 2002). Entre outras patologias, o K-

SADS-E busca verificar a presença de transtornos de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno depressivo, uso/abuso de substância, transtornos disruptivos do comportamento (T. Conduta e T. Desafiador Opositivo) e TDAH. Esse instrumento ainda está em processo de validação, porém tem mostrado eficácia em ambientes de pesquisa.

Testagem psicológica

Ao mesmo tempo em que não são decisivos para o diagnóstico, os testes psicológicos acabam sendo de grande ajuda para o profissional. Sua dificuldade em serem instrumentos confiáveis para diagnóstico reside no fato de que muitas crianças obtêm resultados que não revelam suas dificuldades, pelo fato de o teste ser vivenciado como novidade ou por se beneficiarem da relação um a um com o aplicador (Hallowell & Ratey, 1999). Um outro aspecto que dificulta atualmente o uso de testes psicológicos no processo diagnóstico é que muitos deles ainda não estão aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o que restringe seu uso quase que exclusivamente para a pesquisa.

Os testes utilizados na avaliação neuropsicológica, embora demonstrem em alguns estudos resultados significativos na discriminação do TDAH, devem ser ponderados ante a entrevista clínica detalhada e outros procedimentos já mencionados, tendo em vista a discrepância entre os resultados encontrados nas diversas pesquisas (Mattos et al., 2003). Esses resultados variáveis tendem a estarem ligados com o processo de seleção da amostra e o método utilizado nas mais diversas pesquisas, o que sem dúvida interfere nos achados desses estudos. Ainda assim, a avaliação neuropsicológica pode trazer benefícios significativos para o processo diagnóstico, pois permite auxiliar o clínico em três questões principais: se o diagnóstico de TDAH é indicado para o caso; se o diagnóstico não procede, que explicações alternativas podem existir para os sintomas; se o diagnóstico se justifica e existem co-morbidades associadas que devem ser diagnosticadas e tratadas.

É comum que profissionais solicitem um exame neuropsicológico para consolidar ou excluir a hipótese de TDAH, assim como para obter novos dados que ampliem a avaliação. Além disso, uma avaliação ampla e bem conduzida pode esclarecer sintomas, eliminar falsos positivos e significar sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou oriundos de outros quadros que não o TDAH. Mesmo que o diagnóstico já esteja confirmado, uma avaliação neuropsicológica pode prover dados que auxiliarão no estabelecimento de uma estratégia terapêutica adequada, mais abrangente e eficaz (Mattos et al., 2003).

Alguns estudos têm apontado a importância da avaliação neuropsicológica no processo diagnóstico do TDAH (Amaral & Guerreiro, 2001;

Guardiola, Fuchs, & Rotta, 2000). Amaral e Guerreiro (2001), ainda que não tenham encontrado diferenças entre o grupo com TDAH e o grupo-controle na bateria neuropsicológica que incluía instrumentos como o Wiscousin, o WISC-III e CPTs, chegaram à conclusão de que a avaliação neuropsicológica contribuiu de forma objetiva para o processo diagnóstico.

Dentre os testes utilizados em avaliação neuropsicológica que estão disponíveis no Brasil, O WISC-III (Escala Weschler de Inteligência para crianças) tem se mostrado o instrumento capaz de fornecer um maior número de informações que podem auxiliar no diagnóstico de TDAH (Rohde et al., 1998). O WISC-III é capaz de sugerir a existência do TDAH, pois pesquisas indicam que essas crianças tendem a ter dificuldades nos subtestes de números, aritmética e códigos (Hallowell & Ratey, 1999), porém é necessária cautela, pois os próprios resultados da escala são insuficientes para diagnosticar a patologia. A escala é um dos instrumentos aprovados pelo CFP.

O fator de distratibilidade, composto pelos subtestes números e aritmética, é capaz de avaliar a concentração e atenção, podendo reforçar a hipótese diagnóstica de TDAH. O WISC-III se presta também ao diagnóstico diferencial da síndrome, pois permite verificar a presença de retardo mental, quadro que pode gerar problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade (Martins, Tramontina, & Rohde, 2002). No Brasil, a escala foi validada por Figueiredo (2001).

Testes de Desempenho Contínuo (CPT – Continuous Performance Test) vêm sendo utilizados há algum tempo em distúrbios de atenção. Existem diversas versões de CPT, mas a tarefa consiste basicamente em riscar um determinado estímulo ou apertar determinada tecla (na versão computadorizada) cada vez que o estímulo aparecer (Benczik, 2000). Ainda que não tenha poder diagnóstico por si só, o CPT permite uma avaliação mais precisa da capacidade atencional, sendo capaz de diferenciar as dificuldades de atenção entre patologias como o TDAH e o Hipotireoidismo Congênito (Rovet & Hepworth, 2001).

Outros testes neuropsicológicos que permitem um complemento à avaliação neuropsicológica, atualmente utilizados em ambiente de pesquisa, são o Teste de distribuição de cartas Wiscousin, no qual as crianças mostraram prejuízo em índices validados como referentes à função pré-frontal, e o Stroop Test, que possibilita avaliar a atenção, que pode ser entendida como função executiva. Ainda que crianças com TDAH mostrem resultados inferiores no Wiscousin quando comparados com crianças sem diagnóstico clínico, os achados não são suficientes para discriminar a patologia, que também apresenta performance prejudicada em nível de funções pré-frontais (Romine et al., 2004).

Ainda que os achados referentes aos testes neuropsicológicos não tenham demonstrado resultados estatisticamente significativos quanto à capacidade de diagnosticar o TDAH (Barkley, 1999), sua utilização pode contribuir para uma visão mais ampla do processo. A compreensão do

TDAH como uma síndrome que envolve muitos aspectos do funcionamento do sujeito permite a integração dos achados neuropsicológicos, neurofisiológicos e clínicos, fornecendo um panorama mais profícuo para um plano de tratamento.

No que diz respeito às técnicas projetivas, em específico ao Rorschach e ao TAT, Calegari (2002) menciona que Gordon e Barkley referem existir fracas evidências de diferença encontrada entre a população normal e crianças com TDAH. Entretanto, em algumas pesquisas envolvendo crianças com TDAH (Cotugno, 1995; Graeff & Vaz, 2004; Osório, Bianchi, & Loureiro, 2000), em que foi utilizado o Rorschach como instrumento, os resultados divergem das conclusões de Gordon e Barkley. Cotugno (1995), utilizando a Técnica Projetiva de Rorschach de acordo com o Sistema Compreensivo de Exner, encontrou diferenças significativas entre crianças norte-americanas com TDAH e crianças sem esse transtorno. O grupo clínico apresentou diferenças interpretadas como baixa auto-estima, dificuldade e receio nos relacionamentos interpessoais, tendência a viver uma maior quantidade de experiências introspectivas/depressivas, tendência a simplificar os estímulos (dificuldade de percepção concreta da realidade), maior dificuldade quanto ao controle do estresse (tendendo à desorganização) e tendência à desorganização do pensamento.

O estudo realizado por Osório, Bianchi e Loureiro (2000) enfocou os aspectos qualitativos das manchas, baseados nos fenômenos especiais e no significado simbólico. Os aspectos quantitativos, que foram comparados com os dados normativos de Jacquemin (1977), indicaram que crianças com TDAH apresentam maior impulsividade, alteração na capacidade de estabelecer um pensamento coerente e ansiedade interferindo na capacidade de percepção e concentração, o que indica dificuldade na percepção objetiva da realidade. Ainda que os dados levantados pelas pesquisadoras sejam interessantes, até por serem uns dos poucos registros em população brasileira, seus resultados não podem ser considerados significativos em virtude do tamanho reduzido da amostra (5 sujeitos) e da amostra normativa que é parte de uma pesquisa realizada há mais de 20 anos.

No Rio Grande do Sul foi realizado um estudo semelhante (Graeff & Vaz, 2004) utilizando os mesmos dados que Osório, Bianchi e Loureiro (2000) como padrão para comparação. As crianças (n=8) com TDAH apresentaram menor capacidade de produção, dificuldades em lidar com a realidade, dificuldades de percepção objetiva da realidade, de sistematização e de focar a tarefa, tendência a realizar as tarefas de forma rápida e superficial e um índice de ansiedade situacional um tanto elevado. Os indicadores de impulsividade atingiram superioridade de quase 4 vezes em comparação com os dados normativos da pesquisa de Jacquemin (1977).

Dentre todos os instrumentos aqui descritos, apenas o WISC-III e o Rorschach estão aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia. Isso não significa, porém, que outros instrumentos não possam ser utilizados com

caráter de pesquisa; pelo contrário: devem. Na medida em que mais estudos possam ser realizados com essas técnicas, mais próximo estará o reconhecimento oficial de sua eficácia e sua aprovação pelo CFP.

Considerações finais

Ainda que existam diversos procedimentos para a tomada de decisão diagnóstica de TDAH, a avaliação da patologia é essencialmente clínica, baseada em critérios claros e bem definidos, como os que constam no DSM-IV e no CID-10 (Rohde et al., 1998). Ainda que os critérios da DSM-IV TR (2003) sejam mais precisos e bem definidos que os da CID-10, a simples avaliação do indivíduo por esses critérios não é suficiente para que se confirme o diagnóstico. Muitas vezes, os indivíduos que buscam tratamento apresentam quadros complexos que confrontam o profissional com diversos dilemas clínicos e terapêuticos que dificultam o processo de avaliação.

É necessário que se realize um diagnóstico diferencial criterioso, buscando entender a dinâmica dos sintomas e o funcionamento do paciente, assim como contextualizar sua conduta numa perspectiva do desenvolvimento. O uso de uma testagem psicológica pode ser de muita importância, tanto para clareamento do diagnóstico como para o planejamento de uma intervenção. O uso de escalas, de testes psicológicos e neuropsicológicos é opção viável, capaz de fornecer um número significativo de informações. Ainda assim, a avaliação clínica se mantém sendo o recurso diagnóstico mais importante: além de critérios objetivos, supõe experiência profissional, pois o diagnóstico perpassa a subjetividade de quem avalia.

Os testes psicológicos, ainda que forneçam resultados que enriquecem o processo de avaliação, apresentam evidências muito pouco significativas, necessitando de maiores estudos, tanto para validação de um índice discriminatório do TDAH como para padronização na população brasileira.

As diferenças encontradas nos estudos de prevalência mostram que, de acordo com as técnicas definidas para avaliação, os resultados diagnósticos tendem a apresentar uma considerável diferença. Assim sendo, quanto mais completa e criteriosa for a avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, menor a possibilidade de equívoco diagnóstico e maiores são os recursos que o profissional dispõe para traçar uma intervenção adequada. Uma avaliação que seja capaz de fornecer, além de um diagnóstico preciso, que inclui co-morbidades e aspectos associados ao TDAH, uma perspectiva do funcionamento geral do sujeito, tende a favorecer em muito a tomada de decisão quanto ao tratamento a ser indicado, fato que favorece o prognóstico do indivíduo.

Evaluation and Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Abstract: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a high prevalence pathology during childhood and adolescence. Clinical practice shows a high number of children who seek treatment having a previous ADHD diagnosis, which is, oftentimes, incorrect. Prevalence studies themselves show rather different findings, which alert for the need to question the evaluation and diagnosis process. This study aims to highlight the most used techniques to evaluate the child and the adolescent, focusing on the process as a whole, as well as the instruments and tests that can be used in order to have more reliability on the diagnosis and on the treatment.

Keywords: Psychopathology. ADHD. Diagnosis. Psychological assessment.

L'évaluation et du diagnostic du trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité

Résumé: Le but de ce papier est de faire une étude théorique sur l'une des fonctionnalités les plus utilisées en termes de l'évaluation et du diagnostic du trouble de déficit de l'attention et le trouble d'hyperactivité (TDAH). Le TDAH est une condition de la prévalence élevée dans l'enfance et l'adolescence. La pratique montre une incidence élevée d'enfants qui cherchent des soins à un diagnostic de TDAH, qui souvent n'est pas correcte. Même les études de prévalence montrent que si les conclusions sont tout à fait différent, attirant l'attention sur la nécessité de réfléchir sur le processus d'évaluation et de diagnostic. Cet article vise à souligner certains des plus largement utilisé des techniques pour l'évaluation des enfants et des adolescents, l'approche processus dans son ensemble, en vue d'une plus grande fiabilité dans le diagnostic et le traitement.

Mots-clés: Psychopathologie. TDAH. Diagnostic. Évaluation psychologique.

Evaluación y el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Resumen: El objetivo de este trabajo es hacer un estudio teórico sobre algunas de las características más usadas en relación a la evaluación y el diagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH es una condición de alta prevalencia en la infancia y adolescencia. La práctica muestra una

alta incidência de crianças que buscam a atenção com um diagnóstico prévio de TDAH, que a menudo não é correta. Incluso a prevalência de los estudos mostram que si los resultados son muy diferentes, llamando la atención sobre la necesidad de reflexionar sobre el proceso de evaluación y diagnóstico. Este artículo tiene por objeto señalar algunos de las técnicas más ampliamente utilizadas para la evaluación de los niños, niñas y adolescentes, abordando el proceso en su conjunto, con miras a una mayor fiabilidad en el diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Psicopatología. ADHD. Diagnóstico. Evaluación psicológica.

Referências

- Aggarawall, A., & Lillystone, D. (2000). A follow-up study of objective measures in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Child Health*, 36, 134-138.
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, 33(4), 245-252.
- Amaral, A. H., & Guerreiro, M. M. (2001). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(4), 884-888.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM II - Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washinton, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM II - Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, S., Weaver, A. L., Weber, K. J., et al. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 217-224.
- Barbosa, E. S. (2001). *Subdiagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Barbosa, E. S., & Stein, L. M. (1999). Cem anos de história do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 21(3), 228-234.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., & Gaião, A. A. (1997). Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa – Brasil. *Rev Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 5(3), 118-25.
- Barkley, R. A. (1999). *Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2a ed.). New York: Guilford.

- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 507-14.
- Benczik, E. B. P. (2000a). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. B. P. (2000b). *TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Versão para Professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry* 157, 816-118.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monteux, M. C., & Grossbard, J. R. (2004). How informative are parent reports of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms for assessing outcome in clinical trials of long-acting treatments? A pooled analysis of parents' and teachers' reports. *Pediatrics*, 113(6), 1667-1671.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista da ABP. APAL*, 17(2), 55-66
- Calegari, M. (2002). Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In *Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cotugno, A. J. (1995). Personality attributes of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the Rorschach Inkblot Test. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 554-561.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Monteux, M. C., & Cohan, S. L. (2003). Does parental ADHD bias maternal reports of ADHD symptoms in children? *Journal of Consulting And Clinical Psychology* 71, 168-175.
- Figueiredo, V. L. M. (2001). *Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC- III*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Guardiola, A., Fuchs, F. D., & Rotta, N. T. (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 8(2-b), 401-407.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. V. (2004). O Rorschach em crianças com TDAH: resultados preliminares. In C. E. Vaz, & R. L. Graeff, R. L. (Orgs.), *Técnicas projetivas: produtividade em pesquisa*. Porto Alegre: SBRO.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1999). *Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Hazell, P. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (1999). Confirmation that child behavior checklist clinical scales discriminate juvenile mania from attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, 199-203.
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the child behavior checklist: A receiver-operating

- characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (7), 1299-1307.
- Jacquemim, A. (1975). *O Teste de Rorschach em crianças brasileiras*. São Paulo: Vetor.
- Martins, S., Tramontina, S., & Rohde, L. A. (2002). Integrando o processo diagnóstico. In L. A. Rohde et al., *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 151-160). Porto Alegre: Artmed.
- Mattos, P., Saboya, E., Kaefer, E., Knijnik, M. P., & Soncini, N. (2003). Neuropsicologia do TDAH. In L. A. Rohde et al., *Princípios e Práticas em TDAH* (pp. 63-74). Porto Alegre: Artmed.
- Moojem, S. M., Dorneles, B. V., & Costa, A. (2003). Avaliação psicopedagógica do TDAH. In L. A. Rohde et al., *Princípios e Práticas em TDAH* (pp. 107-116). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Osório, F. L., Bianchi, S. H., & Loureiro, S. R. (2000). Transtorno hipercinético: avaliação do funcionamento psicodinâmico através do Rorschach. In *Anais do II Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos* (pp. 159-166). Porto Alegre.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). Na early description of ADHD (Inattentive Subtype). *Child Psychology and Psychiatry Review*, (2), 132-149.
- Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M. Books.
- Place, M., Wilson, J., Martin, E., & Hulsmeier, J. (1999). Attention deficit disorder as a factor in the origin of behavioral disturbance in schools. *British Journal of Special Education*, 26, 158-163.
- Poeta, L. S., & Neto, F. R. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26(3), 150-155.
- Rohde, L. A., & Ketzer C. R. (1997). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In N. Fichtner (Org.), *Transtornos mentais da infância e adolescência* (pp. 232-243). Porto Alegre: Artmed.
- Rohde, L. A., Busnello, E. D., Chachamovich, E., Vieira, G. M., Pinzon, V., & Ketzer, C. R. (1998). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: revisando conhecimentos. *Revista da ABP. APAL*, 20(4), 166-178.
- Rohde, L. A., Szobot, C. M., Ketzer, C. R., & Michalowski, M. B. (2000). Transtornos mentais na infância e na adolescência. In F. Kapczinski, J. Quevedo & I. Izquierdo, *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos* (pp. 231-245). Porto Alegre: Artmed.
- Rohde, L. A., Miguel Filho, E. C., Bentti, L., Gallois, C., & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 124-131.

- Romine, C. B., Lee, D., Wolfe, M. E., Homack, S., George, C., Riccion, C. A. (2004). Wiscounsin Card Sorting Test with children: A meta-analitic study of sensitivity and specificity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(8), 1027-41.
- Rovet, J. F., & Hepworth, S. L. (2001). Dissociating attention deficits in children with ADHD and congenital hypothyroidism using multiple CPTs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 1049-1056.
- Salmon, G., Kemp, A. (2002). ADHD: A survey of psychiatric and pediatric practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 73-78.
- Silva, A. B. B. (2003). *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente.
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P., & Franco, V. A. (2001). Comorbidades em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59(2B), 401-406.
- Souza, I., & Pinheiro, M. A. S. (2003). Co-morbidades. In L. A. Rohde et al., *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 85-106). Porto Alegre: Artmed.
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J., Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S. O., & Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61, 67-73.
- Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.

Os autores agradecem aos Bolsistas de Iniciação Científica PIBIC-CNPq, Martina Marcondes de Carvalho e Luís Filipe Casa Nova Derivi, pela colaboração na classificação e planilhamento dos dados do Rorschach.

Rodrigo Linck Graeff, Psicólogo, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Av. Independência, 1206 ap. 1109, CEP 90.035-073 – Porto Alegre, RS. Endereço eletrônico: rlgraeff@ibest.com.br

Cícero E. Vaz, Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Av. Lajeado, 969 ap. 301. CEP 90.460-110 - Porto Alegre, RS. Endereço eletrônico: cicerovaz@uol.com.br

Recebido em: 5/03/2008
Aceito em: 6/09/2008
