



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

*O TDAH NO BRASIL E NA ESPANHA: UMA COMPARAÇÃO
TRANSCULTURAL*

ANA FLÁVIA LIMA TELES DA HORA

Belém- Pará
Novembro/ 2016



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

*O TDAH NO BRASIL E NA ESPANHA: UMA COMPARAÇÃO
TRANSCULTURAL*

ANA FLÁVIA LIMA TELES DA HORA

Tese de Doutorado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

Área de concentração: Ecoetologia

Orientadora: Profa. Dra. Simone Souza da Costa Silva

Belém- Pará
Novembro/2016

Dados Internacionais de Catalogação- na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da UFPA

Hora, Ana Flávia Lima Teles da

O TDAH no Brasil e na Espanha: uma comparação transcultural / Ana Flávia Lima Teles da Hora ; orientadora, Simone Souza da Costa Silva. - 2016.

169 f. : il. ; 29 cm

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, 2016.

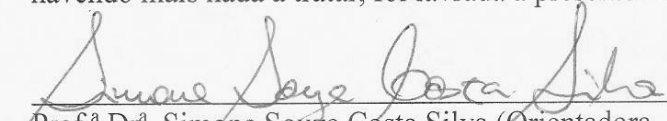
1. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade - Brasil
2. Crianças hiperativas - Espanha. 3. Avaliação de comportamento. I. Silva, Simone Souza da Costa, orientadora. II. Título.

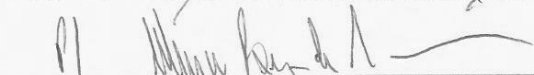
CDD - 22 ed.

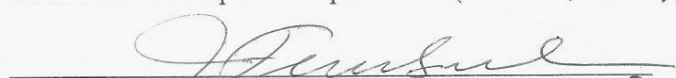
618.928589

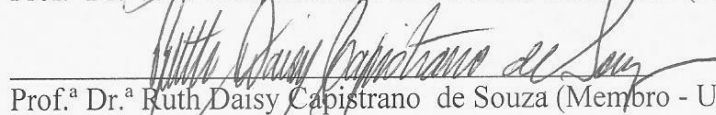
**ATA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO DA ALUNA ANA FLÁVIA LIMA
TELES DA HORA, REALIZADA EM 30 DE NOVEMBRO DE 2016.**

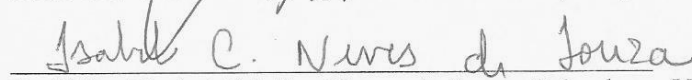
Aos trinta dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, às nove horas, no auditório Vivaldo de Oliveira Reis Filho, reuniu-se a Banca Examinadora da Tese de Doutorado da aluna Ana Flávia Lima Teles da Hora que defendeu a Tese intitulada: "O TDAH no Brasil e na Espanha: uma comparação transcultural". Fizeram parte da Banca Examinadora a Prof.^a Dr.^a Simone Souza Costa Silva (Orientadora - UFPA), Prof.^a Dr.^a Concepción López Soler (Membro, via Skype – Universidad de Murcia), Prof.^a Dr.^a Julia Sursis Nobre Ferro Bucher (Membro - UCB), Prof.^a Dr.^a Ruth Daisy Capistrano de Souza (Membro - UFPA) e a Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Neves de Souza (Membro - UFPA). A Prof.^a Dr.^a Simone Souza Costa Silva deu início à sessão apresentando a autora e o título do trabalho e discorrendo sobre a estrutura da sessão de defesa, combinada previamente pela banca, de acordo com as normas regimentais. Inicialmente a autora apresentou o trabalho em quarenta minutos, sendo, em seguida, arguida pelas Professoras Doutoras, Concepción López Soler, Julia Sursis Nobre Ferro Bucher, Ruth Daisy Capistrano, e Isabel Cristina Neves de Souza, respectivamente, nessa ordem. Após as arguições, a Prof.^a Dr.^a Simone Souza Costa Silva teceu as considerações sobre o trabalho, agradeceu as contribuições dos demais membros da Banca Examinadora e concedeu a palavra aos presentes que quisessem fazer comentários. Finalizada a sessão, a banca reuniu-se e considerou a Tese APROVADA. Não havendo mais nada a tratar, foi lavrada a presente ATA, que corresponde à verdade.

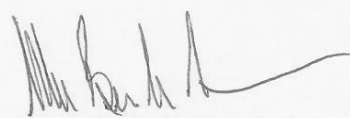

Prof.^a Dr.^a Simone Souza Costa Silva (Orientadora - UFPA).


Prof.^a Dr.^a Concepción López Soler (Membro, via Skype – Universidad de Murcia).


Prof.^a Dr.^a Julia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke (Membro - UCB).


Prof.^a Dr.^a Ruth Daisy Capistrano de Souza (Membro - UFPA).


Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Neves de Souza (Membro - UFPA).


Prof. Dr. Marcus Bentes de Carvalho Neto
Coordenador em Exercício
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Universidade Federal do Pará

Paulo tinha fama de mentiroso. Um dia chegou em casa dizendo que vira no campo dois dragões da independência cuspidos de fogo e lendo fotonovelas. A mãe botou-o de castigo, mas na semana seguinte ele veio contando que caíra no pátio da escola um pedaço de lua, todo cheio de buraquinhos, feito queijo, e ele provou e tinha gosto de queijo. Desta vez Paulo não só ficou sem sobremesa como foi proibido de jogar futebol durante quinze dias. Quando o menino voltou falando que todas as borboletas da Terra passaram pela chácara de Siá Elpídia e queriam formar um tapete voador para transportá-lo ao sétimo céu, a mãe decidiu levá-lo ao médico. Após o exame, o Dr. Epaminondas abanou a cabeça: - Não há nada a fazer, Dona Coló. Este menino é mesmo um caso de poesia.

(Carlos Drummond de Andrade)

Dedicatória

A Deus, porque a sua graça me alcançou como sou. A Ele a minha devoção e gratidão eterna.

Aos meus pais, Veranilde Teles e Antônio Teles (in memoriam), pelo amor incondicional. Vocês são o meu exemplo! Nunca saberei expressar a devida gratidão.

Ao meu esposo, Da Hora Jr., pelo amor, companheirismo e compreensão. És único, meu amor. Maridão, sem teu apoio, o doutorado sanduíche não seria possível. Estamos juntos nessa jornada para o que der e vier. Meu coração é teu!

À minha primeira filhinha, Ana Victoria, que trouxe brilho aos meus dias. Minha princesa, dividi a tua gestação inteira e teus primeiros cinco meses de vida com esta tese. És minha inspiração neste segundo parto. A ti todo o meu esforço!

À minha vizinha, Euridice Miranda (in memoriam) que partiu há dois anos, mas, me deu a graça de partilhar a vida sob sua perspectiva. A minha “Florzinha eterna”.

Agradecimentos

À minha orientadora Dra. Profa. Simone Souza, pelo acolhimento e confiança como orientanda. Serei eternamente grata pelo conhecimento adquirido e pelo incentivo do doutorado sanduíche na Espanha. Oportunidade que foi um divisor de águas em minha caminhada. Muito obrigada, estimada profa. És fabulosa!

À minha coorientadora na Espanha, a Dra. Profa. Concepción Lopez Sóler pela acolhida e prestatividade na Espanha. A experiência foi espetacular! Muito obrigada pela confiança e conhecimentos compartilhados.

Aos meus tios (Ana, Jorge e Conci) e primas (Raquel e Rebeca) pelo apoio, carinho e estadia em Belém. Vocês são maravilhosos!

Ao meu amigo João Paulo, pelo companheirismo e amizade sincera. Meu maninho paraense!

Aos meus irmãos (Eduardo e Andréa) pelo apoio de sempre. Amo vocês!

À família do meu esposo, especialmente à minha linda sogra, pela prestatividade e carinho nos cuidados da minha baby. A senhora é fascinante!

Aos meus amigos na Espanha (Rosirys, Isabel Cervera e Hugh), pelo carinho e receptividade. Vocês são únicos!

À psicóloga Petruska, que foi essencial na coleta dos meus dados no Hospital Bettina. Querida, muito obrigada pela parceria. Você é 1000!

À CAPES pela bolsa de auxílio ao longo dessa jornada. Vocês foram impecáveis!

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
Resumo	xi
Abstract	xii
Apresentação	13
Breve percurso histórico do TDAH	18
O Transtorno e as suas principais características	22
Etiologia do transtorno	24
O diagnóstico do transtorno	29
Comorbidades	33
Prevalência do Transtorno	34
As Pesquisas transculturais e o TDAH	35
Proposta do Estudo	39
Capítulo 2. Estudo 1. A prevalência do TDAH: Uma revisão de literatura	41
Resumo	41
Abstract	41
Introdução	42
Método	44
Estratégias de busca e codificação dos artigos	44
Resultados	47
Mineração dos dados	47
Estimativas de prevalência	48
Aspectos Metodológicos	49
Resultados dos estudos – variáveis exploradas	52
Aspectos da família	56
Aspectos do Transtorno	57
Aspecto metodológico	58
Prevenção, intervenções e tratamento	58
Aspectos Relativos do Contexto	59
Aspectos Relativos à Escola	60
Aspectos Relativos à Criança.	61
Discussão	63
Considerações finais	67
Referências	68
Capítulo 3. Artigo 2 - Percepção de mães brasileiras e espanholas sobre os problemas de comportamento dos filhos com TDAH	79
Resumo	79
Abstract	79
Resumen	79
Introdução	80
Método	84
Delineamento	84
Campo de estudo	84
Participantes	85
Instrumento	85
Implicações éticas	86
Resultados	87

Discussão	93
Considerações finais	97
Referências	98
Capítulo 4. Artigo 3. Percepção de professores dos problemas de comportamento em duas amostras clínicas com TDAH: Brasil e Espanha	105
Resumo	105
Método	110
Participantes	110
Instrumento	111
Implicações éticas	112
Análise dos dados	112
Resultados	112
Discussão	114
Considerações finais	117
Referências	118
Capítulo 5. Considerações finais da Tese	126
Referências	130
Anexos	161
Anexo A. Aprovação do Comitê de Ética de Murcia	162
Anexo B. Aprovação do Comitê de Ética do Brasil	164

LISTA DE TABELAS**Estudo 1. A prevalência do TDAH: Uma revisão de literatura**

Tabela 1. Prevalência dos estudos	48
--	----

Artigo 2 - Percepção de mães brasileiras e espanholas sobre os problemas de comportamento dos filhos com TDAH

TABELA 1. Escores das Escalas	88
--------------------------------------	----

TABELA 2. Escores das síndromes do CBCL	89
--	----

TABELA 3. Escore do CBCL em função do gênero	90
---	----

TABELA 4. Escore do CBCL em função da faixa etária	92
---	----

Artigo 3. Percepção de professores dos problemas de comportamento em duas amostras clínicas com TDAH: Brasil e Espanha

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos escolares	111
--	-----

Tabela 2. Escores do TRF por país	112
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema estrutural da Tese	17
Estudo 1. A prevalência do TDAH: Uma revisão de literatura	
Figura 1. Diagrama dos aspectos metodológicos	50
Figura 2. Modelo exploratório das categorias dos objetivos.	54
Figura 3. Atributos criados para qualificar os Cases.	55
Figura 4. Dendograma: Agrupamentos dos Cases por Atributo	55

Resumo

Hora, A. F.L.T. *O TDAH no Brasil e na Espanha: Uma comparação transcultural*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 2016. 169 páginas.

A presente tese de doutorado objetivou comparar o TDAH no Brasil e na Espanha sob a perspectiva de mães e professores. Essa obra está dividida em 3 estudos: a) O estudo 1, consistiu em uma revisão de literatura dos estudos de prevalência de TDAH nos cinco continentes, enfocando-se as estimativas de prevalência; o processo de amostragem; o tipo de estudo; os critérios diagnósticos; e, as principais variáveis exploradas pelos estudos; b) O estudo 2 comparou a percepção de mães em relação aos problemas de comportamentos listados no CBCL (*Child Behavior Checklist*) em duas amostras clínicas independentes compostas por pais de crianças brasileiras e espanholas com o diagnóstico de TDAH. O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, documental, retrospectivo, transversal, de caráter quantitativo dos prontuários atendidos entre 2010 a abril de 2015 no Hospital Universitário Virgen de la Arrixaca- Murcia/Espanha, e no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza – Belém/Brasil; c) O estudo 3, comparou a perspectiva dos professores no que tange aos problemas de comportamento nos alunos com o diagnóstico de TDAH. Trata-se de uma investigação documental do tipo exploratória-descritiva, retrospectiva e transversal, em que se recorreu a análise de prontuários de crianças e adolescentes, em especial ao TRF (*Teacher Report Form*) entre os anos de 2013 e 2014 diagnosticados com TDAH em duas unidades clínicas de psicologia situadas no Brasil e Espanha. A principal contribuição desta obra foi encontrar sintomas semelhantes nas duas amostras. A comparação das duas culturas distintas a partir da perspectiva de dois informantes que representam ambientes diferentes, no caso, as mães que avaliaram o comportamento no ambiente familiar, e os professores que interpretaram os sintomas no ambiente escolar, enriqueceram tais achados.

Palavras-chave: TDAH; CBCL; TRF; Brasil; Espanha; Transcultural.

Abstract

Hora, A. F.L.T. ADHD in Brazil and Spain: A cross-cultural comparison. Doctoral thesis presented to the Postgraduate Certificate in Theory and Behavioral Research Program, Theory Center and Behavioral Research, Federal University of Pará. 2016. 169 pages.

This PhD thesis aimed to investigate ADHD in Brazil and Spain from the perspective of parents and teachers. This work is divided into three studies: a) Study 1 consisted of a literature review of studies on the prevalence of ADHD in five continents, focusing on the estimates of prevalence; the sampling process; the type of study; diagnostic criteria; and the main variables explored by studies; b) Study 2 compared the perception of mothers in relation to behavior problems listed in the CBCL (Child Behavior Checklist) in two independent clinical samples composed of Brazilian and Spanish children with ADHD diagnosis. The study was exploratory-descriptive, documental, retrospective, cross-sectional, quantitative nature of the medical records treated between 2010 to April 2015 at the University Hospital Virgen de la Arrixaca- Murcia / Spain, and the University Hospital Bettina Ferro de Souza - Belém / Brazil; c) Study 3, compared the teacher's perspective in relation to behaviour problems in students diagnosed with ADHD. This is a documentary investigation of exploratory-descriptive, retrospective and cross-sectional, in which resorted to analysis of children and adolescents records, especially the TRF (Teacher Report Form) between the years 2013 and 2014 diagnosed with ADHD two clinical psychology units located in Brazil and Spain. The main contribution of this work was to find similar symptoms in two independent samples composed of children and adolescents ADHD diagnosis. The comparison of the two different cultures from the perspective of two informants representing different environments, in this case, mothers who evaluated the behavior in the family environment, and teachers who interpreted the symptoms in the school environment, enriched these findings.

Keywords: ADHD; CBCL; TRF; Brazil; Spain; Cross-cultural.

Apresentação

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, comumente conhecido como TDAH, é uma entidade psicopatológica com mais de um século de história (Benito Moraga, 2008; Taylor, 2011). O transtorno tem sido considerado pela literatura mundial como um problema de saúde pública por sua elevada prevalência, comorbidade, caráter crônico e impacto ao longo do desenvolvimento do indivíduo (Alvarez & Claros, 2012; American Psychiatric Association, 2013; Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007; Saucedo García, 2014; Whitbourne & Halgin, 2015; Willcutt et al., 2012). Além de ser um dos diagnósticos psiquiátricos mais estudados nas últimas décadas (Caliman, 2008).

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela tríade sintomatológica de déficit de atenção, hiperatividade e/ou impulsividade que se manifestam de maneira disfuncional no desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida, causando prejuízos no âmbito social, familiar, acadêmico, laboral e intrapessoal (American Psychiatric Association, 2013; Bauermeister, 2014; López-Soler & Romero Medina, 2013).

Uma revisão de literatura de 22 publicações estadunidenses (Matza, Paramore, & Prasad, 2005) sobre as implicações econômicas do TDAH, sinalizou que ademais dos gastos com seguro-saúde, consultas, tratamentos e medicamentos, as investigações especularam maior propensão a acidentes automobilísticos, envolvimento na criminalidade desde a adolescência, e a alta rotatividade nas empresas. Por sua vez, outra revisão de 13 estudos (Pelham et al., 2007) além de confirmar os altos custos com tratamentos, assinalou elevados gastos com educação especial, aumento na

probabilidade dos pais das crianças com TDAH a manifestar depressão e abuso de substâncias.

Diante dos prejuízos que o transtorno pode acometer na esfera intra e interpessoal do indivíduo, estudos transculturais possibilitam comparar a influência dos padrões culturais sobre os comportamentos das pessoas (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 2002). Estes estudos permitem a análise da variabilidade comportamental dos indivíduos em diferentes contextos, e propiciam a testagem de hipóteses em relação à topografia do comportamento (Olatundun, 2009). Com base nisso, objetivou-se no presente trabalho comparar duas amostras clínicas independentes provenientes do Brasil e Espanha, com respeito aos problemas de comportamento em crianças e adolescentes que possuem o diagnóstico de TDAH.

Ressalta-se que a pesquisa só foi possível porque a doutoranda foi contemplada com uma bolsa da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) na categoria “doutorado-sanduíche”, para cursar um ano do seu doutorado na Espanha.

O presente trabalho compõe-se de cinco capítulos (ver Figura 1). No primeiro se descreve de maneira breve os principais achados na literatura científica sobre o TDAH com a finalidade de justificar teoricamente a importância de se estudar este transtorno. O segundo refere-se a uma revisão de literatura sobre a prevalência do transtorno. O terceiro consiste em uma comparação transcultural da percepção de mães brasileiras e espanholas em relação aos problemas de comportamento nos filhos com o diagnóstico de TDAH. O quarto constitui-se em um estudo comparativo entre a percepção dos professores brasileiros e espanhóis sobre os problemas de comportamento nos alunos com o diagnóstico de TDAH. O quinto capítulo abarca as considerações finais.

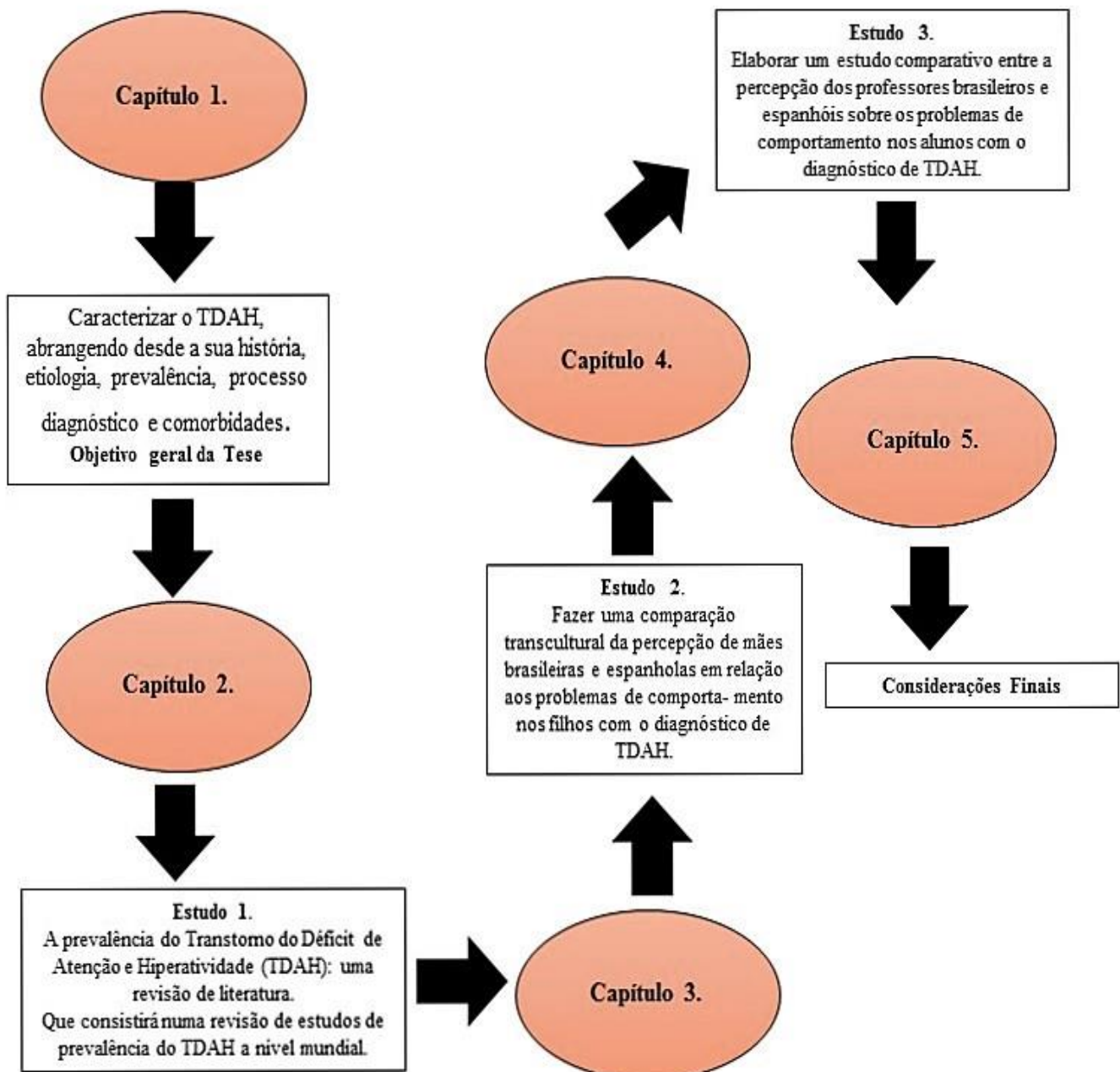
Na justificativa teórica se revisa sobre o percurso histórico do transtorno desde o século XIX até os dias atuais. Se descreve acerca da tríade sintomatológica característica do TDAH, e sobre a sua etiologia. Aborda-se a respeito do processo diagnóstico do transtorno, descreve-se os critérios estabelecidos pelos principais manuais de classificação de saúde, e sobre as médias percentuais da prevalência do transtorno ao redor do mundo. Expõe-se acerca das comorbidades do transtorno, finalizando-se com o objetivo geral e específicos da Tese.

No segundo capítulo consta a revisão de literatura que foi escrita entre meados de 2014 a princípio de 2015, publicada em 2015 na “Revista da Associação Portuguesa de Psicologia”, intitulada de: “ A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura” (Hora, Silva, Ramos, Pontes, & Nobre, 2015). A obra descreve uma revisão de artigos de prevalência do TDAH publicados entre os anos de 2003 a 2014 em uma das principais bases de dados da área da saúde, o PubMed/MEDLINE que resultou em 23 artigos.

O terceiro capítulo é constituído pelo manuscrito intitulado: “Percepção de mães brasileiras e espanholas sobre os problemas de comportamento dos filhos com TDAH”, trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, documental, retrospectivo, transversal, de caráter quantitativo, realizado por meio da análise de prontuários dos pacientes diagnosticados com TDAH, precisamente o instrumento CBCL- *Child Behavior Checklist* (Anexo A) utilizado pelo psicólogo no processo diagnóstico entre os anos de 2011 a 2015. A investigação ocorreu na Unidade Clínica da Infância e Adolescência do Hospital Universitário *Virgen de la Arrixaca*, vinculado à *Universidad de Murcia*, Espanha, como também, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS) da Universidade Federal do Pará.

No quarto capítulo consta o artigo intitulado: “ Percepção de professores dos problemas de comportamento em duas amostras clínicas com TDAH: Brasil e Espanha”, que trata-se de uma investigação documental do tipo exploratória-descritiva, retrospectiva e transversal, em que se recorreu a análise de prontuários, precisamente o instrumento TRF- *Teacher Report Form* (Anexo B) de crianças e adolescentes entre os anos de 2013 e 2014 diagnosticados com TDAH em duas unidades clínicas de psicologia: A Unidade Clínica da Infância e Adolescência do Hospital Universitário *Virgen de la Arrixaca*, vinculado à *Universidad de Murcia* na Espanha, e na Unidade de Psicologia do Serviço de Crescimento e Desenvolvimento CAMINHAR voltada para o atendimento infantil do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, incorporado à Universidade Federal do Pará, no Brasil. Por sua vez, no quinto capítulo se expõem as considerações finais.

Figura 1. Esquema estrutural da Tese



Breve percurso histórico do TDAH

Desde o século XVIII, é possível identificar na literatura científica relatos de desordens comportamentais que se assemelhavam aos sintomas do TDAH, principalmente no que tange à dificuldade de sustentar a atenção (Neto, 2010). As primeiras menções às características sintomatológicas do transtorno surgiram no século XIX (Dumas, 2011; Taylor, 2011), quando o psiquiatra alemão Heinrich Hoffman fez alusão indireta aos sintomas do TDAH em seu livro de poemas infantis “*Struwwelpeter*” (Benito Moraga, 2008; Dumas, 2011; Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010). Em um de seus poemas, “*The Story of Fidgety Phil*”, o autor ilustrava a estória de um menino inquieto que causava conflito aos seus pais no momento do jantar, a ponto de fazer cair-se da cadeira juntamente com a comida da mesa no chão, refletindo alguns sintomas do predomínio hiperativo/impulsivo (Hoffman, 1945). No mesmo livro, ilustra por meio de outro poema intitulado “*The Story of Johnny Head-in-Air*”, a estória de um menino que mostrava distraibilidade acentuada, como se ele estivesse sonhando acordado, características que refletem o predomínio de déficit de atenção (Benito Moraga, 2008; Riederer & Warnke, 2013).

Segundo Taylor (2011), ao escrever essas estórias por meio de poemas, Hoffman não tinha a intenção de patologizar tais comportamentos, e sim demonstrar que as crianças também eram agentes ativos. Com base nisso, os historiadores consideram os seus escritos ilustrativos como alegoria ao TDAH, e não como diagnóstico explícito do transtorno (Lange et al., 2010).

No princípio do século XX, precisamente a partir de 1902, o médico britânico George Frederick Still (Farrow, 2006), reconhecido como o fundador da pediatria na Inglaterra (Taylor, 2011), é apontado na literatura como um marco obrigatório da

história do transtorno (Caliman, 2010; Neto, 2010). Em seu artigo publicado na revista “*The Lancet*” (Still, 1902), descreveu 20 casos de crianças com idades entre 3 a 12 anos que apresentavam comportamentos similares aos diagnosticados na atualidade de TDAH, tais como: movimentavam-se constantemente, parecia que não possuíam consciência em relação às consequências das suas ações, eram agressivas e resistentes a disciplina, obstinados, tinham dificuldade no controle das suas emoções, e problemas em sustentar a atenção, subjugando-as a estímulos que forneciam gratificação imediata.

Still (1902) sinalizou que essas crianças procediam de famílias normais, e pressupôs que tais comportamentos estariam associados a uma enfermidade neurológica que não estava relacionada somente ao estilo educativo dos pais, mas que era biológico ou oriundo de uma lesão cerebral no início do nascimento, por isso os classificou como deficientes do controle moral (Benito Moraga, 2008; Caliman, 2010; Dumas, 2011; Riederer & Warnke, 2013; Still, 1902; Taylor, 2011).

Convém ressaltar que o pediatra Still (Still, 1902) investigava as anormalidades no controle moral de algumas crianças com problemas no desenvolvimento mental, e relacionava tal controle à ideia do bem a todos. Segundo Caliman (2010), a análise dessa patologia moral era realizada a partir de cinco passos: o grau de excepcionalidade e defeito moral; a relação entre o comportamento e o ambiente da criança; a manifestação de comportamentos perniciosos sem justificativas; e a história e a convivência familiar.

A análise apurada dos discursos de Still não pode ser desvinculada do seu século, principalmente no que tange à evolução da ciência em relação ao desenvolvimento infantil (Caliman, 2010). Segundo Taylor (2010), o trabalho de Still foi evidenciado na literatura quando a hiperatividade passou a ser investigada por outros pesquisadores. De acordo com Lange et al. (2010), as descrições de Still, embora não

incluam diretamente casos de TDAH, são importantes na análise dos fatores históricos relativos ao transtorno, pois influenciaram na sua conceituação atual, inclusive servem de base clínica para o diagnóstico do TDAH (Barkley, 1997).

Após a I Guerra Mundial, se tornou crescente o interesse dos pesquisadores pelos sintomas da hiperatividade e impulsividade nas crianças que apresentavam encefalite letárgica (Benito Moraga, 2008). As sequelas comportamentais de desinibição e excesso de atividade que essas crianças vítimas de encefalite mostravam, passaram a ser vistas como consequência de uma possível disfunção cerebral (Rojas, 2010). Kahn e Cohen em 1934 assinalaram que a hiperatividade era a manifestação principal dos déficits orgânicos apresentados (Benavente, 2001; Riederer & Warnke, 2013; Rojas, 2010).

Na história neurobiológica do TDAH, a literatura sinaliza que na década de 30, o psiquiatra Charles Bradley descobriu por meio de exames neurológicos que o metilfenidato ativava as partes do córtex cerebral relacionadas à hiperatividade, e a inibição do comportamento (Caliman, 2010; Lange et al., 2010).

A defesa da causa orgânica entre os pesquisadores influenciou na associação do transtorno à lesão cerebral, passando a ser reconhecida inicialmente como “lesão cerebral mínima” (Benito Moraga, 2008; Caliman, 2010; Montiel-Nava et al., 2003). Ao longo do século XX a nomenclatura do transtorno passou por variações contínuas, como se observam nos manuais classificatórios de saúde.

Já na década de 70 com a tentativa de definição mais operativa, o transtorno foi descrito pela primeira vez na segunda edição do Manual Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-II, publicado pela associação americana de psiquiatria (American Psychiatric Association, 1968), sendo denominado de “reação hipercinética na infância e adolescência”, caracterizando-se por níveis excessivos de atividades e facilidade de distração. No DSM-III (López-Soler & Romero Medina, 2013) o transtorno foi

nomeado de “distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção”, onde se apresentou maior ênfase nos aspectos atencionais da síndrome.

Não obstante, no DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), a nomenclatura atribuída foi de “distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção”, em que se reconhecia o grau da patologia, como sendo leve, grave ou moderado conforme os prejuízos causados no sujeito.

No DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), o transtorno assume a denominação vigente, isto é, “transtorno do déficit de atenção/hiperatividade” com classificação dividida em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo ou combinado.

Atualmente, o DSM está em sua 5ª edição (American Psychiatric Association, 2013) mantendo a nomenclatura da penúltima, e incluiu o TDAH entre os transtornos do neurodesenvolvimento. Por sua vez, o vocábulo subtipo foi substituído pelo termo apresentação, e acrescentou-se também, a especificação da gravidade da manifestação dos sintomas entre leve, moderado ou grave.

No sistema de classificação das doenças, a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), é nomeado como “transtorno hipercinético”. Embora utilizem nomenclaturas diferenciadas para o transtorno, o DSM e a CID, apresentam mais semelhanças que diferenças nos critérios diagnósticos (Rohde & Barbosa, 2000).

De acordo com Caliman (2008) e Dumas (2011), o que diferencia a tríade sintomatológica que caracteriza o TDAH dos parâmetros da normalidade é a intensidade em que os sintomas são manifestados.

O Transtorno e as suas principais características

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que tipicamente se desenvolve na infância, podendo persistir até a fase adulta (Bauermeister, 2014; Dumas, 2011; Dunne et al., 2014; Neto, 2010). Caracteriza-se por um padrão disfuncional de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade inapropriado em relação ao nível do desenvolvimento, uma vez comparada a indivíduos da mesma faixa etária, culminando em prejuízos no funcionamento acadêmico, social, pessoal, laboral, e, sobretudo na qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2013a; Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014; Rohde et al., 2005; Siqueira & Gurgel-Giannetti, 2011).

No contexto acadêmico, por exemplo, local em que amiúde se deve seguir um número maior de regras, a desatenção comprometerá o processo de aprendizagem. Logo, a criança apresentará dificuldades em sustentar a atenção durante as aulas, com frequência perderá ou esquecerá objetos que são importantes para a realização das tarefas, culminando no comprometimento do seu rendimento escolar e na baixa concentração (Bauermeister, 2014; López-Soler & Romero Medina, 2013; Trinidad Bonet, Soriano García, & Solano Méndez, 2008). A autoestima também será afetada, visto que, não conseguirá acompanhar o ritmo dos demais alunos, e estará sujeita a cometer mais erros por omissão e excesso de distraibilidade (López-Soler & Romero Medina, 2013; Siqueira & Gurgel-Giannetti, 2011; Trinidad Bonet et al., 2008; Vaquerizo-Madrid, 2005).

Segundo Vera, Ruano, e Ramírez (2007), a atenção consiste na capacidade de escolher um entre vários estímulos. Sendo assim, comprometimentos nesta área acarretará em dificuldades de discriminação dos estímulos irrelevantes dos relevantes,

na atenção seletiva, especialmente no comprometimento da reorientação da atenção. Além do mais, prejudicará a velocidade de processamento da informação, a persistência na realização da tarefa, assim como, a capacidade de seguir instruções e estabelecer estratégias para a resolução de problemas, posto que, a criança não discriminará com facilidade o principal do secundário, estando mais condicionada aos estímulos do ambiente (Alvarez & Claros, 2012; Barkley, 1997; Bauermeister, 2014; Caliman, 2008; López-Soler & Romero Medina, 2013; Martínez-Léon, 2006; Rojas, 2010).

A hiperatividade é evidenciada na escassa inibição comportamental, na atividade motora e verbal excessiva, uma vez comparada ao contexto do que seria normal considerando o momento do desenvolvimento e a cognição da criança, manifestando-se geralmente em situações inadequadas (American Psychiatric Association, 2013a; López-Soler & Romero Medina, 2013; Pascual Castroviejo, 2008). No ambiente escolar, os professores costumam sinalizar que essas crianças são inquietas, desorganizadas, não param quietas nos seus assentos, ficam transitando de um lugar para outro, falam demasiadamente e de maneira inoportuna, ou seja, manifestam um excesso de atividade motriz e/ou cognitiva sem funcionalidade (Arias, 2012; Diez et al., 2010).

A impulsividade está associada à capacidade deficitária de inibição comportamental e no autocontrole emocional. A criança com este transtorno tem dificuldade em aguardar a sua vez, em integrar-se socialmente, geralmente se precipita na resposta antes mesmo que a pergunta seja totalmente elaborada, e não pensa antes de falar, tampouco nas consequências dos seus comportamentos. A presença destas características implica na dificuldade da criança em tolerar a frustração e em aguardar as gratificações a longo prazo, geralmente selecionando os ganhos imediatos, mesmo que sejam inferiores. Estas características estão associadas a maior propensão a

conflitos interpessoais, atividades de riscos, acidentes automobilísticos, práticas delituosas, abuso de substâncias, atividades sexuais precoces, gravidez na adolescência etc. (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén, & Carretié, 2008; Alvarez et al., 2008; Barkley & Cox, 2007; Barkley et al., 2006; Caliman, 2008; Diez et al., 2010; Dunne et al., 2014; Flory, Molina, Pelham, Gnagy, & Smith, 2006; Harpin, 2005; Trinidad Bonet et al., 2008).

Já na fase adulta, em comparação com a infância e a adolescência, o sintoma de hiperatividade tende a diminuir enquanto os sintomas de déficit de atenção e impulsividade tendem a se manter (Bauermeister, 2014; Harpin, 2005; López-Soler & Romero Medina, 2013). Esta evidencia é apontada por Martel, Eye, e Nigg, (2012), cujos dados coletados com 145 adultos (18 a 37 anos), e 302 crianças (6 a 18 anos), nativos da língua inglesa com o diagnóstico do transtorno revelaram que a impulsividade se manifesta de maneira mais proeminente na fase adulta.

Etiologia do transtorno

Apesar dos avanços das investigações científicas nos estudos genéticos, neurobiológicos e nas técnicas de diagnóstico por neuroimagem que possibilitam imagens precisas de estruturas anatômicas, ainda não foi registrado na literatura resultados definitivos e exclusivos sobre a etiologia do TDAH, no entanto, se reconhece que é um transtorno etiologicamente heterogêneo de origem multifatorial (López-Soler & Romero Medina, 2013; Nigg, 2012; Thapar, Cooper, Eyre, & Langley, 2013).

Em uma revisão de literatura dos últimos 15 anos de artigos publicados no PubMed desde 1997 sobre as causas do TDAH, Thapar et al., (2013) sinalizou que não há um fator etiológico exclusivo do transtorno, e que a genética e o ambiente atuam como fatores interdependentes. Estudos moleculares também têm assinalado que fatores

genéticos e não genéticos contribuem na manifestação do TDAH (Faraone et al., 2005; Ramos-quirola, Ribasés-Haro, Cormand-Rifa, & Casas, 2007).

As pesquisas genéticas têm apontando que não há um gene específico para o TDAH (Banaschewski, Becker, Scherag, Franke, & Coghill, 2010; Cortese, 2012; Sánchez-Mora et al., 2012; Swanson et al., 2000; Vera et al., 2007), mas múltiplos genes com efeitos pequenos que ao interagirem com os fatores ambientais aumentam a suscetibilidade ao transtorno (Cortese, 2012; Thapar et al., 2013). Os genes mais sinalizados na literatura são os codificadores dos receptores da dopamina, serotonina e noradrenalina (Cunill & Xavier, 2015; Swanson et al., 2000; Thapar et al., 2013).

Dos genes candidatos a transmissão genética do TDAH, o sistema dopaminérgico que compreende o conjunto de neuroreceptores da dopamina, vem sendo o alvo de pesquisas, das quais se destacam o gene DAT1, transportador de dopamina, cuja proteína é inibida pelos estimulantes usados como intervenção medicamentosa no tratamento, e o gene DRD4, codificador do receptor da dopamina (Aboitiz, Ossandón, Zamorano, & Billeke, 2012; Sánchez-Mora et al., 2012; Swanson et al., 2000). A dopamina se tornou foco de pesquisas por causa da alteração na transmissão dos neurônios dopaminérgicos provocados pelos estimulantes utilizados como tratamento farmacológico do TDAH (Swanson et al., 2000), e também por ser uma substância química fundamental na passagem dos impulsos nervosos entre os neurônios (Bauermeister, 2014).

Estudos (Faraone et al., 2005; Ramos-quirola et al., 2007; Rojas, 2010; Waldman & Gizer, 2006) que investigam o grau de hereditariedade associam o transtorno aos fatores genéticos. Ao comparar dados de filhos adotivos com filhos legítimos assim como de gêmeos monozigóticos com dizigóticos fica evidente o papel da genética para a ocorrência do transtorno. Embora se encontre na literatura alta taxa

de herdabilidade de 60% a 75% (Cortese, 2012), isso não significa que exista uma determinação genética, pois o ambiente pode modificar o fenótipo (Visscher, Hill, & Wray, 2008).

Além dos fatores hereditários, estudos apontam os fatores psicossociais que incluem os aspectos ambientais como fontes de risco para o desenvolvimento do TDAH (Froehlich et al., 2011; Thapar et al., 2013). A literatura destaca, embora, sem fins conclusivos, a associação do transtorno a toxinas ambientais como o chumbo, nicotina, tabaco, mercúrio, magnésio, pesticidas, produtos tóxicos industriais, deficiência de ferro e ômega 3, uso de drogas no período gestacional por parte da mãe, entre outros (Bauermeister, 2014; Froehlich et al., 2011; Nigg, 2006; Richardson et al., 2015; Thapar et al., 2013). Além destas variáveis, as pesquisas relatam a importância de intercorrências no período pré, peri e pós-natal tais como: nascimento prematuro (Bauermeister et al., 2007), baixo peso ao nascer, desnutrição, encefalite, meningite, estresse emocional ou ingestão de medicamentos por parte da mãe durante a gestação, como também, experiências psicológicas traumáticas (Bauermeister, 2014; Nigg, 2006; Rivera-Flores, 2013).

As adversidades psicossociais também abrangem as características familiares (Palacios-Cruz et al., 2014). Schroeder e Kelley, (2009) realizaram um estudo com 134 pais de crianças de 6 a 12 anos de diferentes nacionalidades, sendo 29 pais de filhos com TDAH e 105 sem o transtorno. A comparação grupal foi realizada por meio de inventários que avaliavam as funções executivas (BRIEF- *Behavior Rating Inventory of Executive Function*) e o relacionamento dos pais com a criança (PCRI- *Parent-Child Relationship Inventory*), apontou que os pais de filhos com TDAH apresentaram mais conflitos familiares e deficiente organização familiar. Por outro lado, um estudo (Mulligan et al., 2011) realizado na Irlanda comparando 96 crianças de 6 a 17 anos

diagnosticadas com TDAH com seus irmãos sem o diagnóstico, observando e avaliando o ambiente familiar por meio do inventário *HOME*, revelou que o ambiente familiar tem uma relação significativa com os sintomas do TDAH.

Segundo Bauermeister (2014) os lares instáveis, o estresse parental e as características dos pais influenciam na manifestação dos sintomas do TDAH no comportamento diário da criança, em contrapartida, o comportamento da criança repercute diretamente na conduta dos pais, ainda mais considerando o índice de herdabilidade e do ambiente familiar.

Da mesma forma, o ambiente escolar é apontado na literatura como possível risco psicossocial, uma vez levando-se em consideração que é um meio socializante onde o estudante precisará de mais autocontrole tanto no cumprimento de metas e normas estabelecidas pelos professores, como nos relacionamentos com os colegas de turma (Cubero Venegas, 2006; Pedrini & Frizzo, 2010). No contexto escolar também se destacam a falta de recursos didáticos e financeiros, omissão dos órgãos públicos no reconhecimento das necessidades educacionais especiais, insuficientes adaptações curriculares, acúmulo de alunos por sala, espaço físico inadequado para uma educação de qualidade, estresse ocupacional e estilo de vida do professor, entre outros (Bauermeister, 2014; Canova & Porto, 2010; Cubero Venegas, 2006; Pedrini & Frizzo, 2010).

A cultura é outra variável que pode influenciar na concepção da etiologia do transtorno, fato que se observa no estudo que investigou a influência da aculturação sobre a etiologia do TDAH na percepção de 72 pais latinos ao procurarem os serviços de saúde (Lawton, Gerdes, Haack, & Schneider, 2014). Os participantes desta pesquisa, precisamente os pais, assistiram a um vídeo de 10 minutos que apresentava crianças com comportamentos característicos da sintomatologia do transtorno, e em seguida

eram entrevistadas com base em um roteiro semiestruturado. O estudo revelou que a cultura, assim como as crenças, os papéis de gênero e a espiritualidade podem influenciar no entendimento sobre a etiologia do transtorno e na procura dos serviços de saúde.

Muitos investigadores têm evidenciado a relação entre o TDAH e o desempenho das funções executivas, principalmente no que tange ao déficit no controle inibitório do comportamento que resultem aceitáveis ao contexto social e a metacognição (Abad-mas et al., 2011; Araujo, 2012; Barkley & Murphy, 2011; Barkley, 1997; Delgado-mejía & Etchepareborda, 2013; Diamantopoulou, Rydell, Thorell, & Bohlin, 2007; Fischer, Barkley, Smallish, & Fletcher, 2005; Romero-ayuso, Maestú, & González-marqués, 2006; Schroeder & Kelley, 2009; Yáñez-Téllez et al., 2012).

As funções executivas compreendem um conjunto de habilidades cognitivas do córtex pré-frontal que possibilitam estabelecer metas, resistir as interferências do meio, planejar, organizar o objetivo no tempo e no espaço, resolver problemas, antecipar eventos, flexibilidade mental (mudar de planos mediante o contexto), modelar as respostas emocionais, ajustar-se as normas, e a autorregular o comportamento em conformidade com a demanda do contexto (Abad-mas et al., 2011; Araujo, 2012; Barkley & Murphy, 2011; Barkley, 1997; López-Soler & Romero Medina, 2013; Yáñez-Téllez et al., 2012).

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a) reconhece a síndrome como um transtorno do neurodesenvolvimento, considerando o desempenho das funções executivas na manifestação do mesmo, fato que dá maior sustentação aos fatores genéticos e neurológicos (López-Soler & Romero Medina, 2013). O psiquiatra Barkley (1997), uma das autoridades mais reconhecidas em nível internacional sobre o TDAH, supõe que os indivíduos com o transtorno manifestam um déficit na inibição do

comportamento que implica em quatro funções executivas, sendo elas: memória de trabalho não verbal; memória de trabalho verbal, o autocontrole, e a reconstituição, que seria a atividade dirigida a si mesmo (Orjales Villar, 2000; Servera-Barceló, 2005). O mesmo pesquisador sustenta que as pessoas com TDAH, não são desprovidas de conhecimentos e habilidades, mas os seus problemas de autorregulação prejudicam a aplicação da maneira adequada e do tempo oportuno (López-Soler & Romero Medina, 2013).

O diagnóstico do transtorno

O processo de avaliação comportamental de uma criança, adolescente ou adulto é por natureza complexo, exigindo especialização e destreza do profissional de saúde que se apropriam dos instrumentos avaliativos, no caso, o psicólogo, psiquiatra, pediatra, neuropediatra e neurologista. Este especialista precisa estar atento, uma vez que, há padrões comportamentais coerentes com a fase de desenvolvimento (Bauermeister, 2014), ainda mais quando se considera a observação clínica, e os instrumentos utilizados pelo avaliador. (Cardo et al., 2011; Whitbourne & Halgin, 2015).

O diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico e pautado em critérios operacionais definidos nos manuais do DSM-5 e da CID-10, por consequência, requer que o profissional elabore uma história clínica bem detalhada para obter informações da história pessoal e familiar do paciente, aspectos médicos por meio aspectos clínicos que por vezes incluem exames complementares, a fim de descartar outras condições médicas que podem intervir na atenção e hiperatividade (Bauermeister, 2014; Rodillo, 2015). Além destes aspectos, o profissional precisa observar o comportamento verbal e não-verbal do paciente durante a entrevista, esses dados serão imprescindíveis na exclusão de diagnósticos alternativos, ou na identificação de transtornos comórbidos

(Dalgarrondo, 2014; Rodillo, 2015; Whitbourne & Halgin, 2015). No caso da criança e do adolescente, a entrevista poderá ser realizada com os pais na presença ou não da criança, e depois com a criança em separado para que o avaliador colete dados sobre o seu dia a dia (Bauermeister, 2014).

Os manuais de classificação de saúde, o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a) e a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), simplificam a comunicação entre os profissionais por proporcionarem categorias que servem de guia prático clínico no estabelecimento dos diagnósticos dos transtornos mentais, com base em um conjunto de sintomas específicos. Ademais, estes manuais auxiliam os investigadores com as suas terminologias, minimizando assim as fronteiras entre a diversidade de idiomas existentes no mundo (Jara Segura, 2009; Whitbourne & Halgin, 2015). Convém ressaltar que tais manuais são descritivos e não dimensionais, necessitando, portanto de juízo clínico (Jara Segura, 2009).

O fato de serem descritivos fomenta polêmicas no meio acadêmico por não abordarem dados etiológicos, priorizando a descrição dos sintomas (González & Arias, 2012). Apesar das controvérsias, pesquisadores reconhecem que tais manuais são ferramentas fundamentais (Araújo & Neto, 2014) por apresentarem confiabilidade, ou seja, consistência no diagnóstico em pessoas que apresentam determinado conjunto de sintomas, e validade em relação aos fenômenos clínicos reais representados (Whitbourne & Halgin, 2015).

Os manuais de classificação de saúde (DSM-5 e a CID-10) delimitam os critérios diagnósticos do transtorno, todavia, apresentam debilidades no que concerne ao contexto e a história de vida da criança, principalmente no ambiente familiar e escolar. Estes manuais não delimitam pautas específicas na coleta das informações oriundas dos pais e professores, nem instruem na análise das informações divergentes de tais

informantes, no que tange aos diferentes contextos (Cardo et al., 2011; Cardo & Servera, 2008).

O DSM discrimina os comportamentos e os sintomas de cada categoria diagnóstica, enquanto que, a CID, descreve minuciosamente as características e os sintomas que representam o transtorno, porém é necessário que o profissional interprete os comportamentos (López-Soler & Romero Medina, 2013). Provavelmente tais diferenças explicam o uso significativo do DSM como categoria diagnóstica pelos pesquisadores, como se observa em uma revisão sistemática de 102 artigos publicados de 1978 a 2005 em nível mundial (Polanczyk et al., 2007), dos quais 89 utilizaram o DSM, e somente 13 se embasaram na CID.

Em comparação ao DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), houveram poucas mudanças no DSM-5 com respeito aos critérios diagnósticos do TDAH. A quinta versão do DSM manteve a lista sintomática de 18 sintomas subdivididos em desatenção (9 sintomas), hiperatividade (6 sintomas)/impulsividade (3 sintomas), e o ponto de corte do diagnóstico que eram 6 sintomas para desatenção e 6 para hiperatividade/impulsividade, foi alterado no diagnóstico de adultos de 6 para 5 sintomas. Adicionalmente, quando os adolescentes ou adultos não atenderem atualmente todos os critérios para o diagnóstico, o DSM sugere classificar como “remissão parcial” (American Psychiatric Association, 2013a).

O critério etário de 7 anos para o aparecimento dos sintomas foi modificado para 12 anos, ampliando assim, as possibilidades do diagnóstico, uma vez que, muitos não recordam os comportamentos da segunda infância. Outra alteração foi o reconhecimento do Transtorno do Espectro Autista como diagnóstico comórbido (American Psychiatric Association, 2013b; Araújo & Neto, 2014; López-Soler & Romero Medina, 2013; Signor & Santana, 2015).

O vocábulo subtipo, foi substituído pelo termo apresentação, ou seja, o que antes se identificavam como: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo; e subtipo combinado, na versão vigente se leem: apresentação predominantemente desatenta; apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva; e apresentação combinada (American Psychiatric Association, 2013a). A substituição dos termos suscita a ideia de que a forma como os sintomas se manifestam pode mudar com o fator temporal. Como, por exemplo, se na infância a criança apresentava atividade motora exacerbada, e na adolescência esse quadro foi abrandado, isso não significa que a mesma deixou de possuir o diagnóstico de TDAH (Signor & Santana, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a CID como uma ferramenta epidemiológica com um sistema diagnóstico que propicia a comparação entre as taxas percentuais das enfermidades entre as 110 nações membros da OMS (Whitbourne & Halgin, 2015). A CID diferentemente do DSM-5, nomeia o TDAH como transtorno hipercinético (Organização Mundial da Saúde, 1993).

Ambos os manuais coincidem que os sintomas do transtorno devem se manifestar em um período mínimo de tempo de seis meses, e apresentar prejuízos disfuncionais em mais de um contexto (González & Arias, 2012). No entanto, há diferenças significativas, a saber: a CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) não inclui o diagnóstico de apresentação predominantemente desatenta como no DSM-5, por considerar sem validade empírica, considerando somente a apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva e a apresentação combinada, fato que influencia diretamente no quantitativo de diagnósticos (Jara Segura, 2009). A CID-10 ainda considera o critério etário de 7 anos para a manifestação dos sintomas, no entanto,

acredita-se que alguns desses critérios virão com modificações na nova versão da CID-11 cujo lançamento estava previsto para 2015 (Whitbourne & Halgin, 2015).

Dentre as controvérsias que o diagnóstico do TDAH suscita nos críticos destaca-se a noção de que a atenção é multidimensional, estando relacionada ao estado de vigília, alerta, excitação, seleção de resposta e controle seletivo, concentração, codificação, entre outros (Alvarez et al., 2008; Dalgalarrondo, 2014; Malloy-Diniz, 2010). O déficit de atenção não é um marco clínico exclusivo do TDAH. Os transtornos depressivos, transtorno bipolar, obsessivo-compulsivo, esquizofrenia também apresentam alterações na atenção, como também, lesões cerebrais, epilepsia, etc. (Bauermeister, 2014; Dalgalarrondo, 2014; Malloy-Diniz, 2010).

Para o diagnóstico diferencial, é necessário identificar com precisão o transtorno principal de possíveis diagnósticos alternativos (López-Soler & Romero Medina, 2013; Malloy-Diniz, 2010; Whitbourne & Halgin, 2015), por isso, convém que o profissional tenha conhecimento da psicopatologia e experiência clínica, para descartar ou descobrir prováveis transtornos associados ao TDAH, visto que este apresenta alto índice de comorbidades (Jara Segura, 2009; López-Soler & Romero Medina, 2013; Rohde & Barbosa, 2000; Rojas, 2010).

Comorbidades

O termo comorbidade refere-se a mais de um transtorno associados (Whitbourne & Halgin, 2015). Os pesquisadores o utilizam para sinalizar situações em que transtornos estão presentes ao mesmo tempo (Fernández, 2013; Whitbourne & Halgin, 2015). O TDAH raramente se manifesta isoladamente, estando frequentemente associado a outros transtornos psiquiátricos tanto na infância quanto na fase adulta (López-Soler & Romero Medina, 2013; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010).

O TDAH apresenta alta comorbidade com o transtorno de oposição desafiante, transtornos de conduta, transtornos de ansiedade, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno de aprendizagem, transtorno depressivo, transtorno obsessivo compulsivo, entre outros (American Psychiatric Association, 2013a; Cardo et al., 2011; López-Soler, Sáez, López, Fernández, & Pina, 2009; Miranda, Colomer, Berenguer, Roselló, & Roselló, 2015; Ohlmeier et al., 2008; Rohde et al., 2005). Estes transtornos têm sido convencionalmente agrupados nos fatores internalizantes e externalizantes (American Psychiatric Association, 2013a).

Os fatores internalizantes e externalizantes são apontados na literatura científica como os problemas de comportamento (Achenbach & Rescorla, 2001; Rescorla et al., 2007). Os problemas externalizantes compreendem as condutas manifestadas no ambiente tais como, agressão física ou verbal, comportamentos antinormativos, antissociais, hostilidade, indisciplina, violação de regras etc. Por sua vez, os problemas internalizantes se configuram como os comportamentos de ordem privada, como depressão, retraimento, ansiedade, queixas somáticas e problemas de pensamentos.

Prevalência do Transtorno

O transtorno tem sido estudado em várias culturas de diferentes países. As investigações sobre sua prevalência ilustram isso, por exemplo, uma revisão em nível global com 102 estudos realizados na América do Norte e Sul, África, Ásia, Oceania e Oriente Médio entre os anos de 1978 a 2005, apontou a estimativa de 5,29%. (Polanczyk et al., 2007). Taxas que foram confirmadas em um estudo de revisão realizado das três últimas décadas de 135 artigos entre os anos de 1985 a 2012 (Polanczyk et al., 2014). Por essas revisões em nível mundial que apontaram diferentes taxas de prevalência, suscita-se a seguinte questão: quais seriam os fatores que possivelmente implicariam nessas diferenças de taxas de prevalência?

Os estudos de prevalência na qualidade de descritivos populacionais estão condicionados aos métodos utilizados pelos pesquisadores na amostra representativa da população-alvo, aos critérios diagnósticos estabelecidos, aos instrumentos, a localização geográfica, e as diferenças sociodemográficas (Bes-Rastrollo & Martínez-González, 2006; Fernández, 2005).

As prevalências estimadas em diferentes populações do mundo demonstram que o transtorno tem validade cultural (Rohde et al., 2005). Em relação à diversidade das taxas de prevalência apresentadas na literatura, convém ressaltar que as mesmas podem variar em conformidade com os critérios diagnósticos, processo de amostragem, fonte de informação, área geográfica e os critérios metodológicos adotados pelos autores, bem como a cultura (Cardo et al., 2011; Polanczyk et al., 2007; Rohde et al., 2005).

Na Espanha, por exemplo, uma metanálise (Catalá-López et al., 2012) de 14 estudos epidemiológicos realizados entre os anos de 1980 a agosto de 2011, sinalizou uma média de prevalência equivalente a 6,8%, sendo que seis deles se embasaram nos critérios do DSM-III, quatro no DSM-IV, e quatro não explicitaram os critérios.

No Brasil, uma revisão de literatura com 7 estudos de prevalência entre os anos de 1993 a 2003 (Rohde et al., 2005) encontrou a média de prevalência de 5,8% nos estudos que usaram o DSM-IV como critério diagnóstico e, 1,5% nos estudos que utilizaram a CID-10. Em nível mundial uma revisão sistemática realizada com 86 estudos epidemiológicos entre os anos de 1994 a 2010, sinalizou variações de 5,9% a 7,1% (Willcutt, 2012).

As Pesquisas transculturais e o TDAH

No que tange ao campo da saúde mental, os profissionais têm se deparado constantemente com a influência da cultura na percepção do indivíduo em relação à manifestação dos sintomas psicopatológicos (Biswas, Gangadhar, & Keshavan, 2016;

Dumas, 2011; Whitbourne & Halgin, 2015). À vista disso, considerando-se a polissemia que a palavra cultura abrange, e em consequência a falta de consenso entre os pesquisadores, é mister discutir o conceito de cultura para a melhor compreensão dos estudos transculturais.

A cultura engloba padrões ou normas que influenciam o comportamento humano, como também, a maneira aceitável de se pensar. O que se desvia dessas concessões pode ser considerado anormal (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Lofus, & Wagenaar, 2012). Para Kail (2004), a cultura proporciona o contexto para o desenvolvimento da criança, sendo, portanto, uma fonte de muitas influências ao longo da vida do indivíduo.

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a), sinaliza que a cultura diz respeito ao sistema de conhecimentos, regras, normas, conceitos e práticas transgeracionais que passam por mudanças contínuas ao longo do tempo. Por ser um sistema aberto e dinâmico, a cultura pode moldar a identidade do indivíduo e atribuir significância ao que se é vivido.

Segundo Cole (2003), a cultura abarca ideias moldadas entre os seres humanos no mundo, em que se combinam propriedades materiais e simbólicas (artefatos), e o social. Os artefatos formam e mediam o conteúdo mental, enquanto que, o social possibilita a transferência das ideias de uma geração para outra. Este autor considera que o contexto sociocultural integra o funcionamento mental do indivíduo. Em conformidade com esta perspectiva, Valsiner (2012) aponta que a cultura funciona como uma catalizadora de significados, atuando na construção e organização mental da pessoa e, conseqüentemente, na formação social humana.

A cultura pode se relacionar a um país em particular, a um povoado, a uma determinada época (por exemplo, a cultura da década de 70), ou a grupo de indivíduos

que preservam tradições específicas (Kail, 2004). Para Skinner (2003), a cultura integra todas as variáveis que influenciam a pessoa e que estão dispostas por outros indivíduos do grupo, haja vista que, o indivíduo obtém do grupo um enorme repertório de costumes.

Em consonância com a ciência da psicologia, a cultura implica em vários sentidos, a saber, por exemplo, sinaliza um grupo de pessoas reunidas por algumas características compartilhadas, denotando um sentido de pertencimento, de comunalidade (Biswas et al., 2016; Cole, 2003; Guitart, 2009; Kail, 2004; Skinner, 2003; Valsiner, 2012). Conforme sinaliza Guitart (2010), a cultura permeia a manifestação dos fenômenos mentais (pensar, lembrar e perceber).

De um ponto de vista biopsicossocial, os profissionais da área da saúde necessitam levar em consideração a cultura de origem do indivíduo no processo diagnóstico, assim como, a maneira como tal cultura interpreta determinados comportamentos, haja vista que, a exposição aos sistemas de crenças de uma cultura, pode influenciar diretamente na expressão dos sintomas do sujeito (American Psychiatric Association, 2013a; Whitbourne & Halgin, 2015).

Considerando a importância da compreensão do contexto cultural do indivíduo, estudos transculturais têm sido empregados por pesquisadores em nível mundial, a fim de observar, testar e comparar participantes de diferentes culturas e circunferências geográficas em um ou mais aspectos do desenvolvimento humano (Cole, 2003; Cubero, 2005; Guitart, 2010; Olatundun, 2009; Shaffer & Kipp, 2012; Valsiner, 2012). De acordo com Shaffer e Kipp (2012), tais estudos contribuem para a diminuição das generalizações excessivas nos padrões comportamentais por parte dos pesquisadores.

Dos processos psicológicos, a percepção tem sido uma função mental muito discutida e comparada pelos estudos transculturais (Cole, 2003; Valsiner, 2012). Em conformidade com Cubero (2005) a percepção envolve a aquisição de hábitos que variam de acordo com as experiências dos indivíduos. Para este pesquisador, o contexto cultural é determinado pela percepção.

Haja vista que a cultura influencia diretamente na forma de pensar do indivíduo, as comparações transculturais são altamente relevantes na caracterização das sociedades ao redor do mundo. Sem elas, os pesquisadores desconsiderariam a dinamicidade da cultura, categorizando-a como universal, ou seja, que não haveria diferença nas crenças, nas práticas, regras e percepção dos indivíduos de diferentes nacionalidades (Shaffer & Kipp, 2012).

Partindo-se da necessidade de estudos transculturais, o TDAH tem sido estudado em várias culturas em todos os continentes. De acordo com esta perspectiva, uma pesquisa (Davis; Takhashi; Sindova; & Gregg, 2012) realizada com 712 japoneses e 271 estadunidenses universitários, utilizou os critérios clínicos do DSM-IV e uma escala que avaliava o comportamento (SBC) a fim de comparar os autorrelatos dos jovens em relação aos sintomas do TDAH. Os pesquisadores constataram que os estudantes japoneses relataram mais sintomas de desatenção durante a infância que os estadunidenses, atribuindo tal diferença a cultura japonesa que influencia as crianças a regularem os seus comportamentos com base no julgamento dos outros.

Os valores culturais e educacionais podem influenciar diretamente na percepção da sintomatologia do transtorno. Conforme se observa no estudo transcultural de Curtis, Pisecco, Hamilton, e Moore (2006) que comparou a percepção de 159 professores estadunidenses e 261 neozelandeses em relação aos métodos de intervenção com alunos com TDAH e os fatores socioculturais associados. O estudo constatou que a

nacionalidade foi um fator evidente na conduta do professor em relação ao método empregado em sala de aula (Curtis, Pisecco, Hamilton, & Moore, 2006).

A pesquisa transcultural realizada por Gidwani, Optiz, e Perrin, (2006) com 135 mães residentes nos EUA, provenientes de três grupos étnicos: 43 de origem Porto Riquenha; 43 Anglo-saxônicas; e 49 da América do Sul e Central, objetivou investigar a variação cultural na percepção das mães no que tange à conduta hiperativa dos meninos em idade escolar. Utilizaram vinhetas que ilustravam os comportamentos característicos do TDAH seguindo os critérios listados no DSM-IV. Os resultados apontaram que as mães de fala inglesa consideraram os comportamentos ilustrados como mais normais que as mães de fala espanhola. Para os autores, tal resultado está relacionado com o impacto da cultura na expectativa do comportamento.

Em termos gerais, não há um consenso na literatura científica a respeito do papel da cultura em relação ao transtorno. Roessner, Becker, Rothenberger, Rohde, e Banaschewski, (2007) compararam os problemas de comportamento em duas amostras independentes de crianças com TDAH oriundas do Brasil e Alemanha. Utilizando-se do CBCL, os pesquisadores encontraram escores similares nas duas culturas no que tange aos comportamentos externalizantes, sustentando ser este o perfil psicopatológico de pessoas diagnosticadas com TDAH, independentemente da cultura. Conforme se observou nos estudos supracitados, os resultados variaram conforme os informantes.

Proposta do Estudo

Compreendendo que a cultura pode influenciar direta e indiretamente na percepção e na topografia do comportamento, buscou-se na literatura durante a elaboração desta introdução, estudos transculturais comparando o Brasil e a Espanha no que tange aos problemas de comportamento nas crianças e adolescentes com o diagnóstico de TDAH. Todavia, não foram encontrados artigos com tal perspectiva.

Objetivando preencher essa lacuna, a presente Tese delimitou os seguintes objetivos específicos:

- 1) No estudo 1 objetivou-se construir um panorama dos estudos de prevalência do TDAH em crianças e adolescentes na faixa etária dos 3 aos 17 anos publicados no período de 2003 a 2014.
- 2) No estudo 2 o principal objetivo foi comparar os problemas de comportamentos em duas amostras clínicas de crianças brasileiras e espanholas com TDAH.
- 3) No estudo 3, objetivou-se identificar as semelhanças e diferenças na percepção de professores brasileiros e espanhóis no que se refere aos problemas de comportamentos apresentados no TRF/6-18 de estudantes de duas amostras clínicas.

Capítulo 2. Estudo 1. A prevalência do TDAH: Uma revisão de literatura

Hora, A. F. L. T. da, Silva, S. S. da C., Ramos, M. F. H., Pontes, F. A. R., & Nobre, J. P. dos S. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *PSICOLOGIA*, 29(2), 47–62. <http://doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031>

Resumo

Este artigo expõe as principais características metodológicas e os resultados apresentados pelos estudos de prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio de artigos publicados no período de 2003 a 2014. Realizou-se uma busca em uma das principais bases de dados da área da saúde, o PubMed/MEDLINE que resultou em 23 artigos. Investigou-se as estimativas de prevalência; o processo de amostragem; o tipo de estudo; os critérios diagnósticos; e, as principais variáveis exploradas. O processo de mineração foi realizado pelos programas: EXCEL; NVIVO-10, SPSS 20; e MENDELEY. Resultados: Observou-se a média central de 11.26% entre as estimativas de prevalência encontradas; 99% dos estudos foram transversais; e o processo de amostragem mais utilizado foi o probabilístico por conveniência em 26.08% dos estudos. Os resultados alcançados apoiam a premissa de que os critérios metodológicos e diagnósticos ampliam a variabilidade das estimativas de prevalência em nível global.

Palavras-chave: Prevalência; TDAH; Epidemiologia; Crianças; Adolescentes.

Abstract

This article presents the main methodological characteristics and the results reported by the studies of the prevalence of ADHD through the articles published in the 2003-2014. We performed a search on one of the major health care databases, PubMed / MEDLINE which resulted in 23 articles. We investigated the prevalence estimates; the sampling process; the type of study; the diagnostic criteria; and the main variables explored. The mining process was carried out by the programs: EXCEL; NVIVO-10, SPSS 20; and Mendeley. Results: We observed the central average of 11.26% and among estimates of prevalence found; 99% of the studies were cross-sectional; and the most widely used sampling process was the probabilistic for convenience in 26.08% of the studies. Conclusion: The results support the premise that the methodological criteria and diagnoses, increased the variability of estimates of prevalence globally.

Keywords: Prevalence; ADHD; Epidemiology; Children; Adolescents.

Introdução

A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem sido objeto de estudo de diversas investigações científicas nas últimas décadas, tais estudos têm proporcionado dados sobre a frequência, severidade e curso do transtorno em relação ao gênero, idade, área geográfica, fatores psicossociais, etc. (Díaz, Jiménez, Rodríguez, & Afonso, 2013; Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Hodgkins et al., 2012; Rodillo, 2015).

O TDAH caracteriza-se pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que se manifestam de maneira desproporcional, tendo em vista a idade e o nível de desenvolvimento do indivíduo (Cornejo et al., 2005; Rohde et al., 2005; Sánchez, Velarde, & Britton, 2011). O transtorno é considerado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2013b) como um problema de saúde pública cujas implicações consistem em atividades motoras excessivas, na dificuldade em sustentar a atenção e, no controle dos impulsos. Estas características podem comprometer o comportamento funcional do indivíduo no âmbito familiar, social, laboral e acadêmico (Jin, Du, Zhong, & David, 2013).

As crianças, adolescentes e adultos com o transtorno estão sujeitos a apresentar problemas na esfera social, interpessoal e intrapessoal, tais como: baixa autoestima, conflitos familiares, problemas de relacionamento entre iguais e conjugais (Biederman et al., 2012; Vaquerizo-madrid, 2005), maior probabilidade de envolvimento em acidentes automobilísticos, práticas sexuais de riscos, uso de substâncias ilícitas, comportamentos antissociais, entre outros (Barkley & Cox, 2007; Froehlich et al., 2007; Ranby et al., 2012; Rodillo, 2015).

Mesmo com os avanços dos estudos genéticos e das técnicas de neuroimagem, ainda não há um consenso definitivo sobre a etiologia do transtorno. A literatura

científica sinaliza que é uma síndrome heterogênea de origem multifatorial, integrando fatores genéticos, neurobiológicos, ambientais e múltiplos genes associados (Joseph Biederman, 2005; Dye, 2013; McGough & McCracken, 2006; Ranby et al., 2012; Rodillo, 2015).

Como não há marcadores biológicos específicos, o diagnóstico do transtorno é essencialmente clínico, a partir da observação da manifestação dos sintomas listados nos sistemas de classificação de saúde: o DSM - Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtorno Mental e o CID - Classificação Internacional de Doenças (Cardo & Servera, 2008; Jara Segura, 2009). Devido as suas características clínicas, é um dos transtornos crônicos mais frequentes em crianças e adolescentes encaminhados aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental (Catalá-López et al., 2012; Ndukuba, Odinka, Muomah, Obindo, & Omigbodun, 2014; Ramtekkar, Reiersen, Todorov, & Todd, 2010).

Diante da gravidade do transtorno, convém destacar que os estudos de prevalência são imprescindíveis no monitoramento da frequência do TDAH na população, e na identificação dos fatores de risco e consequências na saúde pública (Catalá-López et al., 2012; Emerich, Da Rocha, Silves, & Gonçalves, 2012; E. Fernández, 2005). Tais estudos auxiliam na melhoria da qualidade de vida do indivíduo por identificar medidas preventivas e possíveis formas de controle (Alvarez & Claros, 2012; Hernández-Avila, Garrido-Latorre, & López-Moreno, 2000).

Para os órgãos governamentais que elaboram e planejam as políticas de assistência à saúde, se faz fundamental o conhecimento da prevalência de uma determinada patologia na população para a alocação e priorização de recursos destinados à prevenção, proteção e promoção da saúde (Díaz et al., 2013; E. Fernández, 2005; Hernández-Avila et al., 2000). Segundo o relatório da Organização Mundial de

Saúde (Dye, 2013), as investigações científicas têm sido indispensáveis no desenvolvimento da saúde pública, pois além de investigar a distribuição da enfermidade na população, possibilitam a análise dos possíveis fatores determinantes (Catalá-López et al., 2012; Díaz et al., 2013; Hernández-Avila et al., 2000).

Apesar das contribuições dos estudos de prevalência, é possível identificar algumas limitações, visto que, na qualidade de descritivos populacionais estão condicionados aos critérios metodológicos, à seleção da amostra representativa da população-alvo, à localização geográfica, a precisão diagnóstica, aos fatores sociodemográficos, e à fonte de informações utilizadas como forma de rastreamento (Froehlich et al., 2007; López-Soler, Sáez, et al., 2009; Ndukuba et al., 2014).

Reconhecendo a importância da análise dos estudos de prevalência do TDAH, o presente estudo de revisão objetivou: a) construir um panorama dos estudos de prevalência do TDAH em crianças e adolescentes na faixa etária dos 03 aos 17 anos b) Rastrear artigos publicados no período de 2003 a 2014; c) identificar as prevalências estimadas pelos diferentes estudos em nível internacional d) fazer uma mineração das características metodológicas, das variáveis exploradas, e dos critérios de diagnóstico adotados nas pesquisas realizadas no período estabelecido.

Método

Estratégias de busca e codificação dos artigos

Realizou-se um levantamento dos estudos epidemiológicos do TDAH seguindo as diretrizes da Medicina Baseada em Evidências (BEM) com base nas orientações da Colaboração Cochrane para as revisões sistemáticas (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004).

Esta revisão foi constituída por seis etapas: (1) formulação da pergunta/problema; (2) localização e seleção dos estudos; (3) avaliação crítica dos

estudos; (4) coleta de dados nos artigos; (5) análise e apresentação dos dados; (6) interpretação dos dados (Cordeiro, Oliveira, Rentería, & Guimarães, 2007).

Na primeira etapa formulou-se o problema por meio da técnica PVO, a partir da seguinte questão: Quais as principais características metodológicas dos estudos de prevalência do TDAH em crianças e adolescentes em contexto escolar? Considera-se a seguinte estrutura: P (situação problema, participantes ou contexto) – crianças ou adolescentes no contexto escola; V (variável principal do estudo) – a prevalência do TDAH; O (resultado esperado) – identificar as principais características metodológicas dos estudos sobre a temática em questão.

Na segunda etapa (localização e seleção dos artigos) realizou-se uma busca na base PubMed/ MEDLINE por ser uma das bases de dados mais utilizadas pelos profissionais da área da saúde, com base no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no PVO, definindo-se assim os seguintes termos: TDAH, “ADHD”, epidemiologia, “epidemiology”, “epidemiología”, prevalência, “prevalence”, e “prevalencia”.

Com a escolha dos descritores, delimitou-se as estratégias de busca na base de dados por meio da aplicação de operadores booleanos aos componentes da escala P.V.O. Desta maneira para o levantamento de artigos, a partir de uma estratégia em inglês, traduziu-se para o português e o espanhol os termos equivalentes, a saber:

(“adhd” OR “epidemiology adhd” OR “prevalence adhd”) AND “epidemiology” AND “prevalence” (“tdah” OR “epidemiologia tdah” OR “prevalência tdah”) AND “epidemiologia” AND “prevalência”. (“tdah” OR “epidemiología tdah” OR “prevalencia tdah”) AND “epidemiología” AND “prevalencia”.

Na terceira etapa, para avaliação dos artigos levantados foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos de delineamento transversal ou longitudinal; b) artigos que apresentavam a estimativa de prevalência do TDAH; c) estudos

compostos por amostras de crianças e adolescentes de 3 aos 17 anos; d) artigos originais e publicados em sua totalidade; e) estudos que descrevessem os instrumentos utilizados na seleção da amostra; e f) artigos que apresentavam os descritores de busca no título. E como critérios de exclusão: a) artigos repetidos; b) artigos com amostras de adultos; c) estudos que não estimavam a prevalência do TDAH d) estudos que estimavam a prevalência dos transtornos comórbidos; e) estudos que não descreviam os instrumentos utilizados.

Para a avaliação crítica dos estudos, elaboraram-se dois testes de relevância para avaliadores distintos com o objetivo de aumentar a confiabilidade dos resultados. O Teste de Relevância I foi aplicado aos artigos por um avaliador com base nas seguintes questões: O estudo é sobre prevalência do TDAH? O objetivo do estudo está apresentado claramente? O estudo tem acesso livre aos pesquisadores? Os participantes do estudo eram crianças ou adolescentes? As respostas podiam ser negativas ou positivas.

No Teste de Relevância II foram considerados apenas os artigos aprovados pelo Teste de Relevância I e foram aplicados por dois juízes independentes a partir das seguintes questões: 1ª) O estudo apresenta claramente o processo de seleção da amostra?; 2ª) Os instrumentos utilizados são compatíveis com os objetivos estabelecidos?; 3ª) A análise estatística da estimativa de prevalência está descrita?; 4ª) O estudo apresenta as taxas de prevalência encontradas; e a 5ª) Os resultados estão descritos? Após a análise dos juízes, foram considerados os artigos que possuíam um índice de concordância $IC > 80\%$. O IC foi calculado a partir da fórmula: $IC = (A/A+D) \times 100$, cuja legenda se discrimina da seguinte maneira: IC = índice de concordância; A = concordância; D = discordância.

Na quarta etapa (coleta de dados) analisou-se a caracterização geral dos estudos epidemiológicos do TDAH, explorando: a) Prevalência do TDAH; b) Aspectos metodológicos c) Resultados dos estudos – variáveis exploradas.

Na análise dos dados (5ª etapa), optou-se pela mineração dos principais achados utilizando-se os seguintes programas: (1) EXCEL para a elaboração de planilhas e tabulação dos dados; (2) NVIVO-10 para a análise de conteúdo dos artigos; (3) SPSS 20 para a realização da análise estatística central da amostra em sua totalidade por meio da estatística descritiva (média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos) e; (4) MENDELEY para a organização das referências.

Convém explicitar que um grafo é formado por vértices (pontos/elemento) e arestas (ligações entre pontos – conexões) que representam associações entre elementos (Guizzo, Krzimirski, & Oliveira, 2003; Lage, 2011). Os grafos possuem métricas (medidas) específicas que contribuem na investigação entre os elementos dos estudos, por isso optou-se por essa técnica para a análise das conexões entre as palavras-chave dos artigos. As informações coletadas foram interpretadas após a organização e análise de dados (etapa 6).

Resultados

Mineração dos dados

O levantamento inicial resultou em 141 artigos que foram obtidos por meio dos descritores e cruzamentos pré-determinados. Sequencialmente, dois testes de relevância foram aplicados para verificar a adequabilidade dos estudos aos critérios pré-estabelecidos. Os resultados sinalizam que no refinamento inicial 12% dos artigos foram excluídos por não terem sido revisados por pares e 67% por serem repetidos, totalizando o quantitativo de 30 artigos.

Na aplicação do Teste de Relevância I, três artigos aprovados inicialmente foram excluídos, pois dois não identificavam os instrumentos utilizados na coleta de dados e, 1 artigo não descrevia claramente os respondentes dos instrumentos de avaliação do TDAH. Por sua vez, no Teste de relevância II, quatro artigos tiveram um IC < 80% de concordância entre os juízes, os quais foram submetidos a nova avaliação em que se optou por excluí-los, ou seja, dos 30 artigos submetidos aos testes, 7 foram excluídos, totalizando um quantitativo de 23 artigos (11 asiáticos, 7 americanos, 3 europeus, e 2 africanos), isto é, apenas 16% adaptaram-se ao modelo de exigência adotado.

Estimativas de prevalência

Em relação às taxas de prevalência encontradas nos diferentes países, observaram-se as estimativas que variaram respectivamente de 2,7% a 31,1%, como também, a faixa etária dos sujeitos participantes de 3 aos 17 anos, conforme se verifica na Tabela 1.

Tabela 1. Prevalência dos estudos

País	Prevalência	Idade
Arábia Saudita (Alqahtani, 2010)	2,7%	7-9 anos
China (Jin et al., 2013)	4,6%	5-15 anos
Espanha (Cardo et al., 2007)	4,6%	6-11 anos
Noruega (Ullebo et al., 2012)	5,2%	7-9 anos
República de Congo (Kashala et al., 2005)	6%	7-9 anos
Nigéria (Ndukuba et al., 2014)	6,6%	6-8 anos
Brasil (Pondé & Freire, 2007)	6,7%	6-17 anos
Panamá (Sánchez et al., 2011)	7,4%	6-11 anos
Inglaterra (Alloway et al., 2010)	8%	10 anos
Carolina do Sul e Oklahoma - EUA (Wolraich et al., 2012)	8,7% ; 10,6%	5-13 anos
Catar (Bener et al., 2006)	9,4%	6-12 anos
Irã (Amiri et al., 2010)	9,7%	7-15 anos
Venezuela (Montiel-Nava et al., 2003)	10,15%	3-13 anos
Catar (Bener et al., 2008)	11,1%	6-12 anos
Espanha (Sánchez et al., 2014)	11,52%	6-16 anos
Índia (Ajinkya et al., 2012)	12,3%	6-11 anos
Irã (Abdekhodaie et al., 2012)	12,3%	5-6 anos
Brasil (Fontana et al., 2007)	13%	6-12 anos
Irã (Talaie et al., 2010)	15,27%	7-9 anos
Brasil (Vasconcelos et al., 2003)	17,1%	6-12 anos
Colômbia (Cornejo et al., 2005)	20,4%	4-17 anos
Irã (Meysamie et al., 2011)	25,8%	3-6 anos
Japão (Soma et al., 2009)	31,1%	3-6 anos

Encontrou-se uma média de 11,26% (95% IC=8,4 -14,1). Comparando os diferentes grupos de faixa etária, observaram-se maiores estimativas de prevalência em

amostras de pré-escolares de 3 a 6 anos apresentando médias de 25,8% (Meysamie, Fard, & Mohammadi, 2011) e 31,1% (Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya, & Yamamoto, 2009).

Convém ressaltar as estimativas coincidentes em países distintos com diferentes amostras, como 4,6% na China encontrada na cidade de Xangai com uma amostra de 5.648 estudantes de 5 a 15 anos (Jin et al., 2013), e nas Ilhas Canárias da Espanha com 1.509 estudantes na faixa etária de 6 a 11 anos (Servera & Cardo, 2007). Como também, a taxa de 12,3% encontrada em uma amostra de 1.083 estudantes de 5 a 6 anos, na pesquisa realizada em 10 áreas urbanas do nordeste do Irã (Abdekhodaie, Tabatabaei, & Gholizadeh, 2012), e na Índia na cidade de Navi Mumbai com 132 estudantes (Ajinkya, Kaur, Gursale, & Jadhav, 2012).

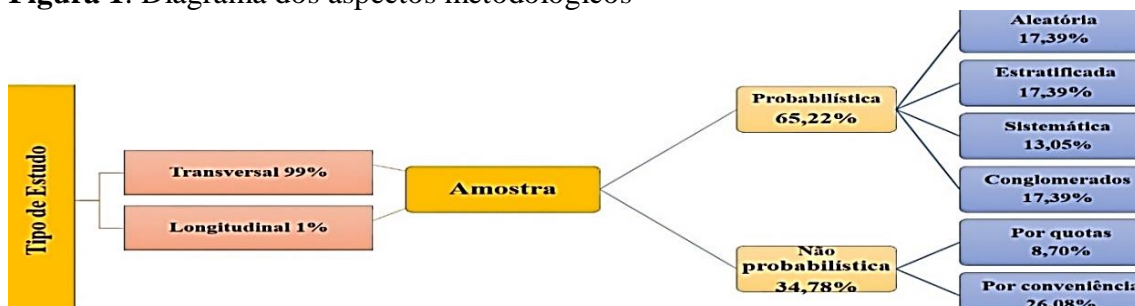
Algumas estimativas de prevalência foram relativamente próximas com amostras também distintas em proporção, como o estudo realizado na Nigéria com 200 estudantes de 6 a 8 anos que, apontou a prevalência de 6,6% (Ndukuba et al., 2014) e, a investigação efetuada no Brasil com 774 estudantes de 6 a 17 anos com a estimativa de 7,6% (Freire & Pondé, 2005). De igual modo, o estudo realizado em Catar com 1.541 estudantes de 6 a 12 anos, estimou a prevalência de 9,4% (Bener, Qahtani, & Abdelaal, 2006), e a pesquisa administrada no Irã (Amiri, Fakhari, Maheri, & Mohammadpoor Asl, 2010) com 1658 estudantes de 7 a 15 anos, sinalizou uma taxa de prevalência de 9,7%.

Aspectos Metodológicos

Compreendendo que os estudos epidemiológicos são importantes por proporcionar a identificação da incidência do transtorno em uma amostra representativa da população, faz-se imprescindível analisar os procedimentos metodológicos utilizados

pelas pesquisas. Deste modo, a seguir apresentam-se os tipos de estudos e o processo de amostragem encontrados na presente revisão (Figura 1).

Figura 1. Diagrama dos aspectos metodológicos



Dos artigos categorizados, 99% foram do tipo transversal, avaliando o fenômeno do TDAH e as variáveis em um único momento, enquanto que, 1% foi do tipo longitudinal (Soma et al., 2009) em que se avaliou a evolução dos sintomas do TDAH em pré-escolares por meio do relato dos professores em 2003 e dos pais em 2006.

Por conseguinte, analisou-se a seleção da amostra (Figura 1), pois compreende-se que esta serve de base para as generalizações dos dados em uma dada população. Esquematizaram-se os tipos de amostra em duas categorias: probabilística em que todos os indivíduos de uma população tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados e não probabilística em que nem todos os indivíduos de uma população poderiam ser escolhidos (Szwarcwald & Damacena, 2008).

Do método probabilístico, 17,39% dos pesquisadores utilizaram a seleção amostral de maneira aleatória simples (Alqahtani, 2010; Bener, Al Qahtani, Teebi, & Bessiso, 2008; Freire & Pondé, 2005; Sánchez et al., 2011) por meio de sorteio randômico dos sujeitos nas escolas onde todos tinham igual probabilidade de serem escolhidos. Outro tipo de amostra foi a estratificada em que 17,39% dos estudos (Fontana, De Vasconcelos, Werner, De Góes, & Liberal, 2007; Montiel-Nava, Peña, &

Montiel-Barbero, 2003; Sánchez, Ramos, & Díaz, 2014) dividiram a população em estratos, e depois realizaram a seleção.

Por sua vez, 13,05% dos estudos (Bener et al., 2006; Cornejo et al., 2005; Wolraich et al., 2012) selecionaram a amostra de maneira sistemática cujo critério de probabilidade só ocorreu depois da seleção aleatória do primeiro grupo amostral. Ademais, 17,39% (Abdekhodaie et al., 2012; Amiri et al., 2010; Kashala, Tylleskar, Elgen, Kayembe, & Sommerfelt, 2005; Meysamie et al., 2011) usaram a estratégia de seleção por conglomerados cuja população de escolares foi dividida em grupos, e depois foram avaliados com instrumentos psicométricos específicos para a definição da amostra final.

Do tipo de amostragem não probabilística, 8,70% dos estudos utilizaram o método de seleção por quotas (Alloway, Elliott, & Holmes, 2010; Soma et al., 2009) estruturada por grupo e selecionada a partir de critérios específicos, como subtipos do TDAH, gênero, idade, etc. Por outro lado, 26,08% dos estudos (Ajinkya et al., 2012; Jin et al., 2013; Ndukuba et al., 2014; Talaei, Mokhber, Abdollahian, Bordbar, & Salari, 2010; Ullebø, Posserud, Heiervang, Obel, & Gillberg, 2012) selecionaram a amostra por conveniência conforme retornavam devidamente preenchidos os questionários enviados aos pais.

A análise dos processos metodológicos permitiu identificar os instrumentos utilizados na detecção do TDAH para avaliar os comportamentos do ponto de vista do adolescente, pais e professores. Dos 23 artigos, 11 (Abdekhodaie et al., 2012; Alloway et al., 2010; Amiri et al., 2010; Cornejo et al., 2005; Fontana et al., 2007; Freire & Pondé, 2005; Jin et al., 2013; Meysamie et al., 2011; Talaei et al., 2010; Vasconcelos et al., 2003; Wolraich et al., 2012) adotaram o DSM-IV para o diagnóstico clínico do TDAH, não obstante, 1 artigo (Soma et al., 2009) fez uso do DSM-III. Por sua vez, dois

artigos (Cardo, Servera, & Llovera, 2007; Ndukuba et al., 2014) utilizaram o ADHD Rating Scale-IV.

Em contrapartida, sete artigos adotaram o Questionário de Conners, sendo que cinco (Amiri et al., 2010; Cornejo et al., 2005; Montiel-Nava et al., 2003; Sánchez et al., 2011; Talaei et al., 2010) usaram a versão para pais e professores, e dois se restringiram a versão para pais (Abdekhodaie et al., 2012; Bener et al., 2006); três estudos utilizaram a Escala Vanderbilt (Ajinkya et al., 2012; Alqahtani, 2010; Wolraich et al., 2012), e dois artigos (Kashala et al., 2005; Wolraich et al., 2012) adotaram o Questionário SDQ (Questionário de Capacidades e dificuldades). Convém destacar que um artigo (Sánchez et al., 2011) fez uso restrito da escala EDAH (Avaliação do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) para professores; e um artigo (Ullebø et al., 2012) adotou o SNAP-IV.

Em relação aos respondentes dos testes, 17 artigos (Abdekhodaie et al., 2012; Alqahtani, 2010; Amiri et al., 2010; Cornejo et al., 2005; Fontana et al., 2007; Jin et al., 2013; Kashala et al., 2005; Meysamie et al., 2011; Montiel-Nava et al., 2003; Ndukuba et al., 2014; Sánchez et al., 2011; Soma et al., 2009; Talaei et al., 2010; Ullebø et al., 2012; Vasconcelos et al., 2003; Wolraich et al., 2012) consideraram os pais e professores como os principais respondentes dos instrumentos de coleta, ainda que os mesmos não estivessem de acordo em relação à manifestação dos sintomas do transtorno; em cinco artigos (Alloway et al., 2010; Bener et al., 2008; Bener et al., 2006; Freire & Pondé, 2005) os professores foram os respondentes e um artigo (Ajinkya et al., 2012) se restringiu a avaliação dos pais.

Resultados dos estudos – variáveis exploradas

Para a análise de conteúdo dos resultados dos artigos levantados, utilizou-se o software NVIVO 10. Para tanto foram cumpridas as seguintes etapas: (1) organização e

gerenciamento das fontes de dados no software; (2) codificação das fontes; (3) visualização dos resultados de codificação. Na fonte de dados resultante dos artigos selecionados se destacaram as variáveis investigadas pelos pesquisadores. Após a organização desses dados (etapa 1) realizou-se o processo de codificação (etapa 2) por meio da identificação de Nodes ou Nós.

Os nós são componentes de armazenamento de informações codificadas que indicam as temáticas exploradas nos artigos. Por se tratar de uma análise de conteúdo, os nós (Figura3) receberam os códigos, formando categorias de informações descritivas sobre as fontes de dados em análise (Guizzo et al., 2003; Lage, 2011).

Os nós podem ser organizados de duas formas no software NVIVO 10, a saber: Free Node (em que a codificação é formada por um nó isolado) e; Tree Node (há um nó principal e outros subnós hierarquicamente dependentes). Nesta revisão a estrutura da codificação é Tree Node. Ressalta-se que as categorias não foram pré-definidas, mas emergiram da análise de conteúdo realizada nos resultados dos artigos investigados. Sendo assim foram criados um nó principal (Epidemiologia do TDAH) e 34 subnós (Figura 2) formando uma árvore de nós (Guizzo et al., 2003).

Ressalta-se na Figura 2 que cada componente do Modelo é um nó ou subnó identificado pelo ícone em formato de esfera próximo ao rótulo do componente. Evidencia-se que as categorias não são exclusivas de um único artigo, pois um mesmo estudo pode informar em seus resultados um ou mais componentes.

Após a codificação das fontes realizou-se a análise de cluster para visualizar os dados (etapa 3), por meio da identificação dos grupos de subnós. Para tanto utilizou-se a técnica de análise de cluster por valor atribuído do software NVIVO 10 com coeficiente Jaccard que agrupa os elementos por similaridade. Este coeficiente considera dados binários, no qual entende-se que: 1=presença; 0 =ausência. Neste caso específico foram

inseridas características categóricas (atributos) que serviram de elementos comuns entre determinados nós, formando clusters. Quando os nós ou subnós recebem atributos, os mesmos passam a ser denominados de Cases, sendo assim cada categoria dos resultados é um Case. Foram criados sete atributos para qualificar os Cases no NVIVO 10 (Figura 3).

Figura 2. Modelo exploratório das categorias dos objetivos.

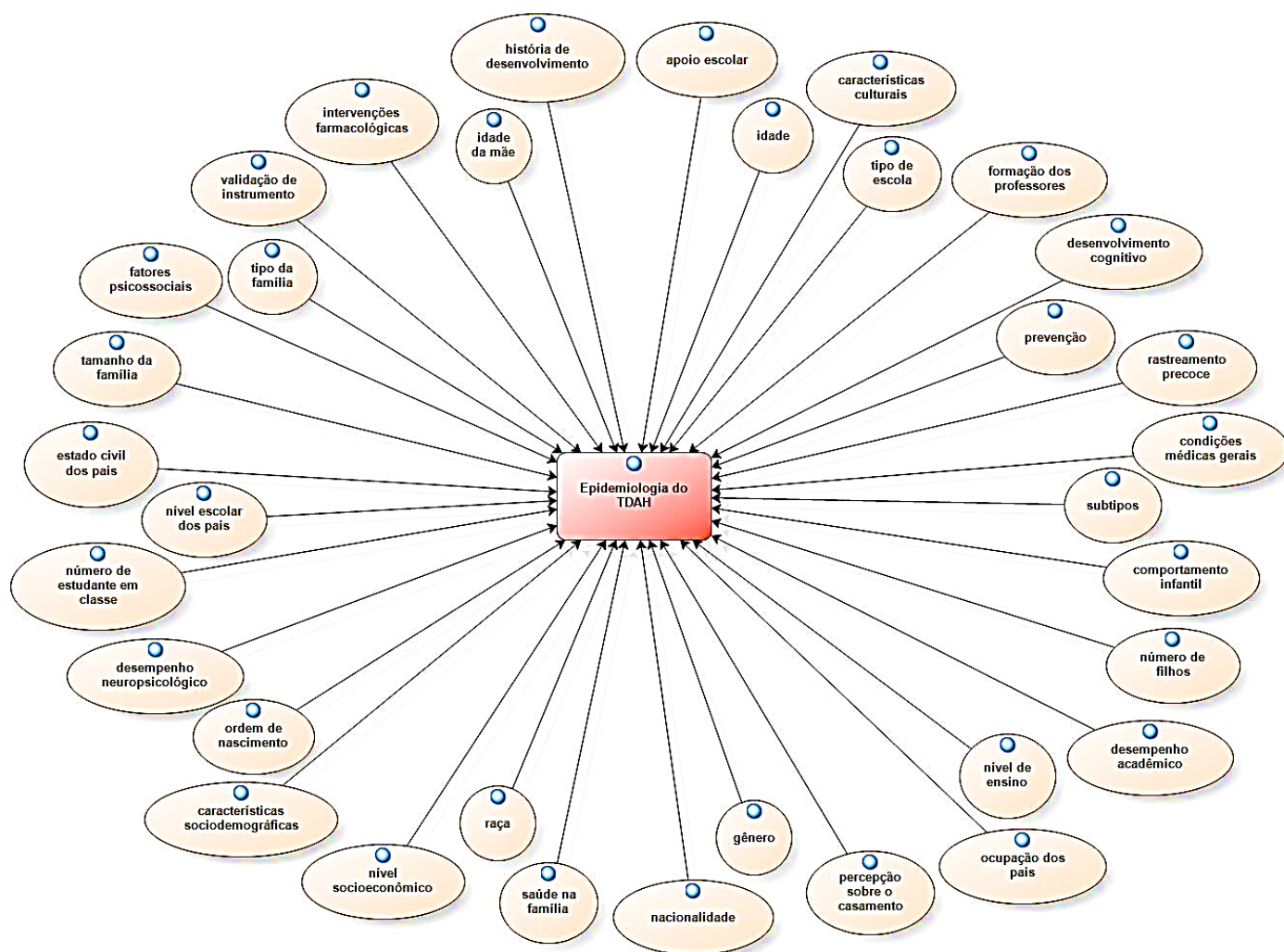
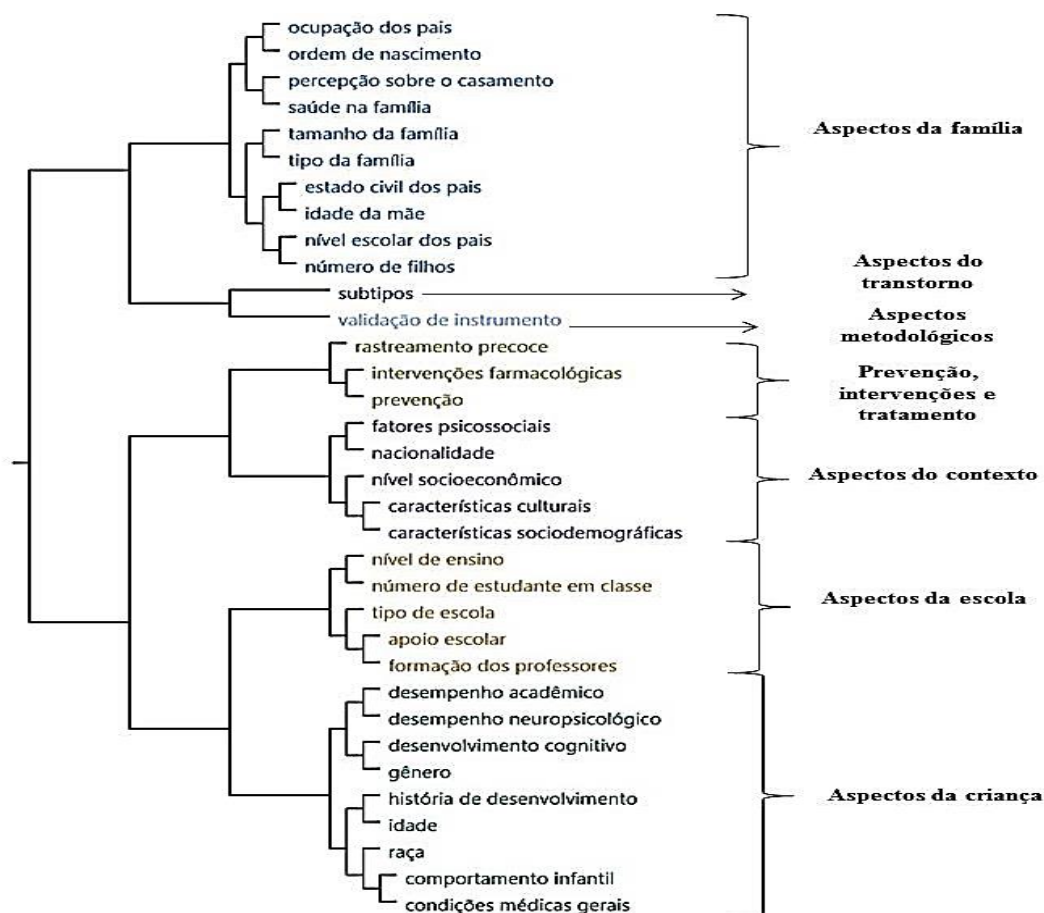


Figura 3. Atributos criados para qualificar os Cases.

Classificações de nós			
Nome	Criado em	Criado por	
Cases	23/02/2015 13:24	MR	
Nome	Tipo	Criado em	
Aspectos da criança	Texto	23/02/2015 13:27	
Aspectos do contexto	Texto	23/02/2015 15:26	
Aspectos da escola	Texto	23/02/2015 15:26	
Aspectos da família	Texto	23/02/2015 15:26	
Aspectos do transtorno	Texto	23/02/2015 15:27	
Aspectos metodológicos	Texto	23/02/2015 15:27	
Prevenção, intervenções e tratamento	Texto	23/02/2015 15:27	

Na Figura 3 observa-se os atributos criados para caracterizar categoricamente os Cases. Após a construção dos atributos buscou-se associá-los aos Cases envolvidos no estudo para posterior realização de análise de cluster por valor atribuído. Sendo assim os Cases foram agrupados considerando suas associações com os atributos supracitados (Figura 4).

Figura 4. Dendograma: Agrupamentos dos Cases por Atributo



A análise de cluster por valor atribuído aplicada aos Cases representativos das variáveis exploradas pelos artigos investigados resultou em sete categorias analíticas, a saber: (1) aspectos da família; (2) aspectos do transtorno; (3) aspectos metodológicos; (4) prevenção; (5) aspectos relativos do contexto; (6) aspectos relativos à escola; (7) aspectos relativos à criança.

Aspectos da família

Este grupo reuniu as seguintes categorias: ocupação dos pais; ordem de nascimento; percepção sobre casamento; saúde na família; tamanho da família; tipo de família; estado civil dos pais; idade da mãe; nível escolar dos pais; número de filhos.

A ocupação dos pais foi verificada em quatro artigos em diferentes países, a saber: Índia (Ajinkya et al., 2012), no Catar (Bener et al., 2008, 2006) e, na República Democrática do Congo (Kashala et al., 2005) que analisaram as famílias cujas mães eram donas de casa e os pais, os que garantiam o sustento financeiro do lar, no entanto, não encontraram relação significativa com a estimativa de prevalência. Este dado foi confirmado na investigação realizada no Irã (Meysamie et al., 2011).

A variável ordem de nascimento foi investigada no Irã com 1658 crianças por Amiri et al. (2010) e na Nigéria com uma amostra de 200 crianças por Ndukuba et al. (2014). Nos dois estudos não foram identificadas diferenças significativas no diagnóstico do TDAH. Além desta variável, Ndukuba et al. (2014) relacionaram a percepção dos pais sobre o casamento e o TDAH e constataram uma relação significativa ao verificar que 14,3% das crianças cujos pais tinham uma percepção negativa do casamento possuíam o TDAH. Estes dados foram confirmados por Bener et al. (2008) e Bener et al. (2006) que também investigaram a avaliação dos pais em relação ao matrimônio. Por sua vez, a variável estado civil dos pais foi avaliada em um artigo (Ndukuba et al., 2014) que não sinalizou relação significativa com o transtorno.

Dois artigos (Jin et al., 2013; Ndukuba et al., 2014) investigaram a saúde da família, em particular, a saúde da mãe no período gestacional e a saúde do bebê ao nascer, todavia não encontraram relação significativa com o transtorno. Já um estudo (Meysamie et al., 2011) realizado no Irã com 160 mães que engravidaram entre os 18 e 35 anos, investigou a variável idade materna e o TDAH, mas não encontrou relação significativa.

Dois artigos analisaram as variáveis: tamanho da família e o número de filhos, a saber: Ndukuba et al. (2014) avaliou as famílias com menos ou mais de quatro filhos, e constatou uma relação significativa entre o diagnóstico do TDAH e as famílias com mais de quatro filhos, como também investigou os tipos de família (monogâmicas, poligâmicas e/ou monoparentais), entretanto não encontrou relação significativa. Este resultado foi confirmado no estudo (Ajinkya et al., 2012) que verificou os tipos de família diferenciando-as em nuclear, conjunta e família de três gerações.

Um estudo realizado em Xangai (Jin et al., 2013) analisou 5.453 questionários respondidos por pais e, constatou uma maior prevalência do transtorno em crianças cujos pais tinham o nível educacional inferior ao segundo grau. Tal resultado foi confirmado nos EUA por Wolraich et al. (2012) No entanto, este dado não foi confirmado em cinco estudos (Ajinkya et al., 2012; Bener et al., 2008, 2006; Ndukuba et al., 2014) que relacionaram o diagnóstico do transtorno com a escolaridade dos pais.

Aspectos do Transtorno

Esta categoria é constituída apenas pela variável subtipos do TDAH. Compreende-se que os subtipos são: predominantemente desatento; predominantemente hiperativo/impulsivo ou o tipo combinado. Cinco artigos (Freire & Pondé, 2005; Sánchez et al., 2014; Sánchez et al., 2011; Talaei et al., 2010; Vasconcelos et al., 2003) não encontraram diferenças significativas entre os três subtipos do TDAH. No entanto,

um estudo, (Alloway et al., 2010) que investigou 964 meninos de 10 anos identificou maior frequência do subtipo hiperativo/impulsivo. Já Ndukuba et al. (2014) e Amiri et al. (2010) identificaram maior frequência do subtipo combinado. Enquanto que Ajinkya et al. (2011) e Jin et al. (2013) identificaram maior frequência do subtipo desatento.

Um estudo conduzido na Noruega (Ullebø et al., 2012) comparando os questionários dos pais e dos professores em relação aos subtipos do TDAH encontrou maior frequência do subtipo desatento segundo os pais. Em oposição, em três estudos, sendo um realizado na Colômbia (Cornejo et al., 2005); um na Arábia Saudita (Alqahtani, 2010) e outro na Espanha (Cardo et al., 2007) identificaram maior porcentagem do subtipo desatento no relato dos professores.

Aspecto metodológico

Esta categoria é constituída apenas por um estudo. Abdekhodaie et al., (2012) realizou no Irã uma pesquisa que se propôs a comparar as pontuações obtidas por meio da entrevista clínica pautada no DSM-IV e, o Questionário de Conners, um instrumento composto de dez questões distribuídas em quatro escalas: atividade, concentração, hiperatividade e impulsividade. Os autores analisaram as respostas dos professores e dos pais de 1083 crianças em idade pré-escolar. Os resultados apontaram que o questionário é um adequado screening do TDAH. Embora, esta categoria abarque apenas um artigo, destacou-se a comparação de dois métodos de avaliação em uma mesma pesquisa com duas fontes de informação oriundos de dois contextos (familiar e escolar).

Prevenção, intervenções e tratamento

Este grupo é formado pelas variáveis: rastreamento precoce; intervenções farmacológicas; e prevenção. Tendo por objetivo verificar o rastreamento precoce, a pesquisa de Ndukuna et al. (2014) verificou que nenhuma das crianças identificadas

com TDAH teve acesso ao sistema de saúde da zona rural do sudeste da Nigéria. Este dado revela o escasso sistema público de saúde neste país e a falta de acesso a medidas preventivas e de rastreamento precoce.

Seis estudos (Abdekhodaie et al., 2012; Alloway et al., 2010; Bener et al., 2006; Freire & Pondé, 2005; Meysamie et al., 2011; Soma et al., 2009) ressaltam que o rastreamento precoce do TDAH é essencial para a elaboração de medidas de prevenção em relação ao desenvolvimento dessas crianças ao longo da vida.

Um artigo investigou a variável intervenção farmacêutica. Com uma amostra de 10.427 crianças nos EUA, Wolraich et al. (2012) encontrou relação significativa com o diagnóstico do TDAH em crianças que recebiam tratamento medicamentoso.

Aspectos Relativos do Contexto

Constituído pelas seguintes variáveis: fatores psicossociais; nacionalidade; nível socioeconômico; características culturais e características sociodemográficas.

Os fatores psicossociais foram investigados em alguns artigos (Bener et al., 2008, 2006; Ndukuba et al., 2014) que avaliaram a relação afetiva dos pais e encontraram diferença significativa em relação à manifestação dos sintomas do TDAH nos filhos. Por sua vez, os estudos (Ajinkya et al., 2012; Bener et al., 2008, 2006; Kashala et al., 2005) investigaram a ocupação dos pais mas, não encontraram relação significativa com o TDAH.

Em relação à nacionalidade, destacam-se dois estudos: uma pesquisa realizada em Xangai (Jin et al., 2013) que encontrou maior estimativa de prevalência do TDAH nas crianças estrangeiras, uma vez comparadas às crianças chinesas residentes no Distrito de Zhabei e, uma investigação realizada no Catar que também apontou taxa de prevalência maior nos estrangeiros que nos catarenses (Bener et al., 2008).

Sete estudos investigaram a variável socioeconômica (Ajinkya et al., 2012; Bener et al., 2008, 2006; Jin et al., 2013; Meysamie et al., 2011; Montiel-Nava et al., 2003; Wolraich et al., 2012) e encontraram relação significativa em relação ao TDAH. Por exemplo, Jin et al. (2013) verificaram a situação socioeconômica dos participantes em Xangai e constataram que as famílias que apresentavam uma renda mensal inferior a 1.000 yuan, manifestavam maior propensão ao transtorno. Wolraich et al. (2012) investigaram dois estados dos EUA, Oklahoma e Carolina do Sul, e encontraram relação significativa da presença do TDAH em crianças cujas famílias apresentavam renda anual inferior a 45.000 US\$.

Seis artigos analisaram as características sociodemográficas por meio de questionários a fim de obterem informações correspondentes às famílias e ao desenvolvimento da criança, duas investigaram a idade da mãe no período gestacional, mas não encontraram relação significativa (Jin et al., 2013; Ndukuba et al., 2014). Duas encontraram relação significativa com o diagnóstico do transtorno no que tange à situação socioeconômica da família e, duas verificaram o tipo de família e não encontraram diferença significativa (Ajinkya et al., 2012; Ndukuba et al., 2014).

Aspectos Relativos à Escola

Constituído pelas seguintes variáveis: nível de ensino; número de estudantes em classe; tipo de escola; apoio escolar; formação dos professores.

Dois estudos realizados no Irã, Amiri et al. (2010) e Talaei et al. (2010), avaliaram o nível de ensino e o diagnóstico do TDAH mas, não encontraram relação significativa. No que tange à variável número de estudantes em classe, um artigo (Talaei et al., 2010) não constatou correlação significativa.

No que concerne ao tipo de escola onde ocorreu a seleção das amostras, sete estudos utilizaram amostras de escolas públicas (Alloway et al., 2010; Bener et al.,

2008, 2006; Fontana et al., 2007; Montiel-Nava et al., 2003; Sánchez et al., 2011; Vasconcelos et al., 2003), ao passo que, três (Amiri et al., 2010; Freire & Pondé, 2005; Vasconcelos et al., 2003) foram realizados em escolas públicas e privadas.

Partindo da premissa de que os sintomas do TDAH podem comprometer o desempenho acadêmico, um estudo verificou a variável apoio escolar como forma de suporte às dificuldades escolares dos alunos em 12 escolas regulares do Reino Unido (Alloway et al., 2010) e, constatou que os alunos com o transtorno são os mais demandantes de apoio. Por oportuno, que tange à variável formação dos professores em comparação com formação dos pais também respondentes dos questionários de TDAH, um estudo realizado na Arábia Saudita (Alqahtani, 2010) não encontrou diferença significativa.

Aspectos Relativos à Criança

Este grupo é formado pelas seguintes variáveis: desempenho acadêmico, desempenho neuropsicológico, desenvolvimento cognitivo, gênero, história de desenvolvimento, idade, etnia, comportamento infantil e condições médicas gerais.

Em relação à variável desempenho acadêmico, um estudo (Bener et al., 2006) avaliou a performance acadêmica das crianças com e sem os sintomas do TDAH. Os autores constataram que aquelas que manifestavam os sintomas sinalizaram desempenho acadêmico inferior aos seus colegas de classe sem o diagnóstico do TDAH. Já os estudos realizados na Colômbia (Cornejo et al., 2005) e no Panamá (Sánchez et al., 2011) sugerem maior repetição de ano por alunos que manifestam o transtorno.

Um estudo (Montiel-Nava et al., 2003) avaliou o desempenho neuropsicológico e o desenvolvimento cognitivo de crianças diagnosticadas com TDAH por meio de testes de inteligência WISC-III e WPPSI-R. Seus resultados evidenciam que os estudantes classificados dentro do subtipo desatento apresentam um menor QI

comparado aos demais subtipos. Por outro lado, a pesquisa realizada por Cornejo et al. (2005) que utilizou o WISC-R e o WAIS para avaliar a cognição das crianças e adolescentes, encontrou os menores QIs entre os participantes classificados dentro do subtipo hiperativo/impulsivo.

No que concerne ao comportamento infantil, um estudo (Bener et al., 2008) avaliou os comportamentos de desobediência, irritabilidade, condutas antissociais e, observou maior frequência nas crianças com TDAH, uma vez comparada ao grupo controle.

Em relação ao gênero, quatro estudos não encontraram diferença significativa entre o gênero feminino e masculino (Kashala et al., 2005; Ndukuba et al., 2014; Sánchez et al., 2011; Vasconcelos et al., 2003). Por sua vez, 14 estudos (Abdekhodaie et al., 2012; Alqahtani, 2010; Amiri et al., 2010; Bener et al., 2008, 2006; Cornejo et al., 2005; Fontana et al., 2007; Freire & Pondé, 2005; Jin et al., 2013; Meysamie et al., 2011; Montiel-Nava et al., 2003; Sánchez et al., 2014; Soma et al., 2009; Ullebø et al., 2012) apontaram maior prevalência no sexo masculino.

No que tange à história do desenvolvimento, Sánchez et al. (2011) utilizaram o BASC-2 (*Behavior Assessment System for Children, Second Edition*) a fim de obter uma visão geral do desenvolvimento da criança, história clínica e desempenho acadêmico, comparando dois grupos: com e sem TDAH. Os dados indicaram diferenças entre os grupos, em que os pais com os filhos com TDAH utilizaram com mais frequência os serviços médicos e psicológicos em comparação com os que não manifestavam os sintomas do transtorno. Por sua vez, um estudo (Kashala et al., 2005) investigou a idade dos pais no período da gravidez e, alguns fatores perinatais como a gravidez, o peso do bebê ao nascer e, história médica, no entanto, não encontrou diferença significativa.

No que concerne à variável idade, um estudo realizado nos EUA (Wolraich et al., 2012) investigou os grupos de 5 a 13 anos e encontrou maior frequência do TDAH entre os participantes que se encontravam na faixa etária de 8 aos 10 anos. Já o estudo realizado no Catar (Bener et al., 2006) encontrou maior prevalência entre os de 10 aos 12 anos. A investigação no Xangai (Jin et al., 2013) identificou maior frequência entre os de 7 a 10 anos. O estudo conduzido no Japão (Soma et al., 2009) sinalizou maior porcentagem dos 4 aos 5 anos. Não obstante, 5 estudos (Amiri et al., 2010; Bener et al., 2006; Cornejo et al., 2005; Kashala et al., 2005; Ndukuba et al., 2014) não identificaram relações entre idade e o transtorno.

No tocante à etnia, três estudos (Fontana et al., 2007; Jin et al., 2013; Wolraich et al., 2012) não encontraram associação com a presença do transtorno. Por sua vez, quanto a avaliação das condições médicas como exploração complementar, um estudo realizado no Brasil (Vasconcelos et al., 2003) em uma escola pública primária, além de verificar os sintomas do TDAH, avaliou as possíveis anormalidades associadas, como: asma brônquica, distúrbio de ansiedade, distúrbios do sono, epilepsia parcial complexa, surdez e pediculose, a fim de estabelecer uma anamnese clínica mais acurada, contudo não analisou a relação destas patologias com o TDAH.

Discussão

O foco desta revisão foi caracterizar por meio de um mapeamento de dados, 23 estudos de prevalência do TDAH realizados em diferentes áreas geográficas de quatro continentes (América, Ásia, Europa e, África) objetivando construir um panorama destas investigações. Em relação à prevalência do transtorno, observou-se a média de 11,26% entre as estimativas de prevalência encontradas (95% IC=8,4 -14,1; $p < 0,001$), sendo que as mesmas variaram de 2,7% a 31,1% nos diferentes países. Em vista dessa discrepância, alguns dos estudos levantados (Alloway et al., 2010; Amiri et al., 2010;

Cardo et al., 2007; Fontana et al., 2007; Kashala et al., 2005; Meysamie et al., 2011; Wolraich et al., 2012) apontaram que as estimativas encontradas não podem ser generalizadas a outros contextos geográficos.

Convém ressaltar que as maiores estimativas de prevalência foram encontradas em amostras de pré-escolares de 3 a 6 anos, apresentando médias de 25,8% (Meysamie et al., 2011) e 31,1% (Soma et al., 2009), ultrapassando a média percentual de 3% a 7% considerada pela Associação Psiquiátrica Americana (Willcutt, 2012), fato que põe em evidência os procedimentos metodológicos utilizados, a fonte de informação adotada como referência, os diferentes critérios diagnósticos aplicados (Cardo & Servera, 2008; Faraone et al., 2003; Polanczyk et al., 2007; Willcutt et al., 2012), o processo de seleção da amostra, e a idade dos sujeitos, visto que as inquietações motoras tendem a ser mais evidenciadas na infância que na adolescência, o que pode resultar em subdiagnósticos ou hiperdiagnósticos (Barkley et al., 2006; Catalá-López et al., 2012; Rodillo, 2015).

Uma metanálise realizada por Willcutt (2012) de 86 estudos envolvendo crianças e adolescentes, e 11 estudos com adultos, assinalou que a variação entre as estimativas de prevalência do transtorno podem ocorrer de acordo com os algoritmos de diagnóstico utilizados para definir o TDAH. Destacam que o controle dos mesmos, poderão minimizar essas divergências.

Em relação ao delineamento dos estudos levantados, observaram-se que a maioria, 99% foi do tipo transversal, essa diferença acentuada pode ser em função das vantagens apresentadas no modelo transversal. Os estudos transversais (Ciappon, 2010) são eficientes nas investigações epidemiológicas por determinar a prevalência em um dado momento, além de ser econômico e não demandar de um longo período de tempo, embora apresente desvantagens como a possibilidade de omitir alguns casos de

prevalência, os vieses, e a falta de interpretação de causa-efeito, visto que, as informações dos fatores de risco e dos eventos ocorrerem de maneira simultânea.

De acordo com Fernández (2005), as vantagens dos estudos transversais estariam relacionadas com a representatividade da população e a elevada validade interna da amostra, enquanto que, as desvantagens estariam relacionadas ao fator temporal que impossibilita a interpretação dos termos de causalidade, viabilizando apenas o estabelecimento de associações gerais. Contrastando as vantagens, Cardo e Severa (2008) destacam que os estudos transversais são limitados na identificação da prevalência do TDAH por não avaliarem as alterações neurocomportamentais que variam no desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida, uma vez que, se trata de um transtorno do desenvolvimento estando vinculada a maturação do indivíduo.

Por outro lado, Fernández (2005) pontua que a vantagem de estudo epidemiológico do tipo longitudinal estaria relacionada ao evidente processo temporal de causa-efeito e, a possibilidade de avaliar em múltiplas condições e exposições dos sintomas da patologia, embora apresente elevados custos financeiros. Dos 23 estudos categorizados, apenas uma investigação (Soma et al., 2009) apontou o desenho transversal como limitação metodológica. A quase unânime decisão dos autores na escolha do modelo transversal sugere que o fator temporal teve maior impacto no desenho do estudo.

Em relação ao processo de amostragem, os tipos diversificados sinalizaram os diferentes procedimentos utilizados pelos autores, fato que supõem que o tamanho da população investigada, a disponibilidade dos participantes, e os ambientes de coleta de dados tenham influenciado na delimitação do tipo de seleção de amostra (Szwarcwald & Damacena, 2008).

No tocante aos critérios diagnósticos utilizados pelos 23 artigos, observou-se que o DSM-IV foi um dos mais referenciados. O Manual Estatístico dos Transtornos Mentais, ainda que seja necessário para a classificação dos transtornos em nível global, é uma fonte de controvérsia entre os pesquisadores tendo em vista que, o diagnóstico se fundamentará exclusivamente na análise comportamental do indivíduo por não haver marcadores biológicos definidos (Cornejo et al., 2005), além de demandar experiência e conhecimento teórico por parte do profissional (Barbosa, 2001; Catalá-Lopez et al., 2012). Cabe ressaltar que nenhum dos artigos selecionados utilizou o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), sistema de classificação que apresenta diferentes critérios diagnósticos do TDAH em comparação com o DSM (Segura, 2009). Sugestiona-se que seria interessante a comparação dos dois sistemas de classificação em uma mesma amostra, por exemplo.

No que concerne às variáveis exploradas pelos pesquisadores, observaram-se divergências nos resultados publicados, e como tratam-se na maioria de estudos transversais, não analisaram-se com precisão as relações de causa e efeito entre elas, a saber: a percepção negativa dos pais sobre casamento e o TDAH nos filhos, e o tamanho da família, possivelmente estariam relacionados a manifestação dos sintomas do transtorno que repercute diretamente na dinâmica familiar (Barkley, Guevremont, Anastopoulos, & Fletcher, 1992; Berta & Segura, 2009; Polanczyk et al., 2014); nas variáveis subtipos do transtorno, idade e gênero, observaram-se discordâncias entre os artigos, possivelmente esta divergência se deve a diferentes tipos de amostras e critérios diagnósticos adotados (Catalá-López et al., 2012; Cordeiro et al., 2007; Ramtekkar et al., 2010; Rodillo, 2015; L. Rohde et al., 2005; . Willcutt et al., 2012).

Por sua vez, os fatores psicossociais, o nível socioeconômico familiar, desempenho acadêmico e cognitivo das crianças foram apontadas como tendo relação

significativa com a sintomatologia do TDAH. Estes achados confirmam a necessidade da criação de medidas preventivas do transtorno (Alvarez & Claros, 2012; Faraone et al., 2003; López-Soler, Puerto, López-Pina, & Prieto, 2009; Rodillo, 2015; Willcutt et al., 2012).

Com base nos dados apresentados, pode-se concluir que as diferentes estimativas de prevalência apresentadas variaram em função dos critérios metodológicos e diagnósticos adotados pelos pesquisadores, do processo de amostragem, como também, do contexto e dos instrumentos adotados na coleta dos dados (Catalá-López et al., 2012; Faraone et al., 2003; Polanczyk et al., 2007; L. Rohde et al., 2005; Willcutt et al., 2012).

Considerações finais

O panorama característico dos estudos de prevalência do TDAH nos distintos países descrito neste estudo serve de base para outros pesquisadores interessados na temática em questão, pois ilustra os delineamentos dos estudos, os critérios metodológicos adotados, principalmente o uso do DSM como um consenso alargado na prática clínica, e as possíveis influências refletidas nas variadas estimativas de prevalência. Estas informações podem contribuir para a fundamentação de hipóteses de outros estudos.

É incontestável a necessidade de investigações com uma maior precisão metodológica para averiguar a magnitude das diversificadas estimativas de prevalência, uma vez que, as variações das mesmas repercutirão diretamente na criação de políticas públicas voltadas a assistência a população com o transtorno.

Apesar de suas contribuições, o presente estudo apresenta limitações por considerar apenas uma base de dados no levantamento dos artigos, excluindo publicações em forma de dissertações, teses e, capítulos de livros, como também,

estudos não publicados apresentados em congressos. As prevalências das principais comorbidades do TDAH também poderiam ter sido investigadas, o que ampliaria no quantitativo de estudos categorizados.

Os resultados alcançados apoiam a premissa de que os critérios metodológicos e diagnósticos, a seleção das amostras, e a fonte de informação, ampliam a variabilidade das estimativas de prevalência em nível global. Futuras pesquisas poderão investigar a relação direta desses fatores no estabelecimento do diagnóstico do TDAH, e consequentemente na taxa de prevalência alcançada.

Referências

- Abdekhodaie, Z., Tabatabaei, S. M., & Gholizadeh, M. (2012). The investigation of ADHD prevalence in kindergarten children in northeast Iran and a determination of the criterion validity of Conners' questionnaire via clinical interview. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 357–361. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.006>.
- Ajinkya, S., Kaur, D., Gursale, A., & Jadhav, P. (2012). Prevalence of Parent-Rated Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Parent-Related Factors in Primary School Children of Navi Mumbai—A School Based Study. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(March), 207–210. <http://doi.org/10.1007/s12098-012-0854-1>
- Alloway, T., Elliott, J., & Holmes, J. (2010). The prevalence of ADHD-like symptoms in a community sample. *Journal of Attention Disorders*, 14(1), 52–56. <http://doi.org/10.1177/1087054709356197>

- Alqahtani, M. M. J. (2010). Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in Saudi Arabia. *European Journal of Pediatrics*, *169*(9), 1113–1117. <http://doi.org/10.1007/s00431-010-1190-y>
- Alvarez, C. V., & Claros, J. a V. (2012). Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad (TDAH), una problematica a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Publica*, *14*(2), 113–128.
- American Psychiatric Association. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. *American Psychiatric Association, Washington,* <http://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525>
- Amiri, S., Fakhari, A., Maheri, M., & Mohammadpoor Asl, A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-West Iran. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *24*(6), 597–601. <http://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2010.01145.x>
- Barkley, R. a, Guevremont, D. C., Anastopoulos, a D., & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(3), 450–462. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.450>
- Barkley, R. a., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, *38*(1), 113–128. <http://doi.org/10.1016/j.jsr.2006.09.004>

- Barkley, R. a., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L., Catalá-López, F., ... Alda-Díez, J. a. (2006). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Psychological Medicine*, 3(2), 1436–1441. <http://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525>
- Bener, A., Al Qahtani, R., Teebi, A. S., & Bessisso, M. (2008). The prevalence of attention deficit hyperactivity symptoms in schoolchildren in a highly consanguineous community. *Medical Principles and Practice*, 17(6), 440–446. <http://doi.org/10.1159/000151564>
- Bener, A., Qahtani, R. Al, & Abdelaal, I. (2006). The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 77–82. <http://doi.org/10.1177/1087054705284500>
- Berta, A., & Segura, J. (2009). El TDAH , Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad , en las clasificaciones diagnósticas actuales (C . I . E . 10 , D . S . M . IV – R y C . F . T . M . E . A . – R 2000), 30–40.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, a., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42, 639–646. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001644>

- Cardo, E., & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad : estado de la cuestión y futuras líneas de investigación, *46*(6), 365–372.
- Cardo, E., Servera, M., & Llovera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, *44*(1), 10–14.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. a. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 168. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Ciappon, A. (2010). Artículo Especial: Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología (primera parte) Critical appraisal guide of observational studies in epidemiology (first part). *Evidencia. Actualización En La Práctica Ambulatoria*, *13*(4), 135–140. Retrieved from www.foroaps.org/files/1340_ad86707f80da800b750a285777ea.pdf
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. De, Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, *34*(6), 428–431. <http://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., ... Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista De Neurología*, *40*(12), 716–722.

- Díaz, A., Jiménez, J., Rodríguez, C., & Afonso, M. (2013). del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) Considerations of prevalence ´ s studies of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Revista de Psicología Y Educación*, 8(2), 155–170.
- Dye, C. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. *Revista de Analisis Economico*, 9(1), 127–150. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301254>
- Emerich, D. R., da Rocha, M. M., Silvares, E. F. D. M., & Gonçalves, J. D. P. (2012). Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). *Psico-Pucrs*, 43, 380–387.
- Faraone, S. V, Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113.
- Fernández, E. (2005). Estudios epidemiológicos (STROBE). *Medicina Clínica*, 125, 43–48. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(05\)72209-0](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(05)72209-0)
- Fontana, R. D. S., De Vasconcelos, M. M., Werner, J., De Góes, F. V., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(1), 134–137. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2007 0001 00027>
- Freire, A. C., & Pondé, M. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia,

Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2 B), 474–478. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300020>

Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9), 857–864. <http://doi.org/10.1001/archpedi.161.9.857>

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática : Recurso Que Proporciona a Das Na Incorporação D As Evidências N a Prática D a Enferma Tic Review Stematic Review : Resource That Sy : a Resour Ce Tha T All O Ws for the Practice Incorporation Into Tion of Evidence Int O Nursing Pra. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Latino-Americana Enfermagem*, 12(3), 549–556.

Guizzo, B. S., Krzimirski, C. O., Oliveira, D. D. L. L. C., Nvivo, S. Q. S. R., An, N. a, & Dados, L. Q. D. E. (2003). O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: Ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(1), 53–60.

Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, M. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos, 42(2).

Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Woods, J. K., & Young, S. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of

- ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 2(JAN), 1–18. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00084>
- Jin, W., Du, Y., Zhong, X., & David, C. (2013). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1111/appy.12114>
- Kashala, E., Tylleskar, T., Elgen, I., Kayembe, K. T., & Sommerfelt, K. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder among school children in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *African Health Sciences*, 5(3), 172–181.
- Lage, M. (2011). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *Educação Temática Digital*, 12, 198–226. Retrieved from <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/24372>
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70–77.
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. a L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353–358.
- McGough, J. J., & McCracken, J. T. (2006). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Moving beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1673–1675. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.10.1673>

- Meysamie, A., Fard, M. D., & Mohammadi, M. (2011). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Preschool-aged Iranian Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 467–72. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3446126&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Montiel-Nava, C., Peña, J. ., & Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos, 37(9), 815–819.
- Ndukuba, a. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T., & Omigbodun, O. O. (2014). ADHD Among Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. *Journal of Attention Disorders*. <http://doi.org/10.1177/1087054714543367>
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., Rohde, L. A., Thapar, A., ... Young, J. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Neurotherapeutics*, 26(1), 422–433. <http://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. a, & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses:

implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217–228. e1–e3. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.011>

Ranby, K. W., Boynton, M. H., Kollins, S. H., McClernon, F. J., Yang, C., & Fuemmeler, B. F. (2012). Understanding the phenotypic structure of adult retrospective ADHD symptoms during childhood in the United States. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 41(3), 261–74. <http://doi.org/10.1080/15374416.2012.654465>

Rohde, L. A., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry*, 57(11), 1436–1441. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.042>

Sánchez, C., Ramos, C., & Díaz, L. (2014). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : prevalence of risk in the scholastic scope of the Canary islands, 42(4), 169–175.

Sánchez, E. Y., Velarde, S., & Britton, G. B. (2011). Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a sample of Panamanian school-aged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(2), 243–255. <http://doi.org/10.1007/s10578-010-0213-2>

- Servera, M., & Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: Datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurologia*, *45*(7), 393–399.
- Soma, Y., Nakamura, K., Oyama, M., Tsuchiya, Y., & Yamamoto, M. (2009). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool children: Discrepancy between parent and teacher evaluations. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *14*(2), 150–154. <http://doi.org/10.1007/s12199-008-0075-4>
- Szwarcwald, C. L., & Damacena, G. N. (2008). Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *11*(supl 1), 38–45. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
- Talaei, A., Mokhber, N., Abdollahian, E., Bordbar, M. R. F., & Salari, E. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: a survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *Journal of Attention Disorders*, *13*, 386–390. <http://doi.org/10.1177/1087054708329886>
- Ullebø, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Obel, C., & Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: Effects of informant, gender and non-participation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 763–769. <http://doi.org/10.1007/s00127-011-0379-3>
- Vaquerizo-madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica, *40*(Supl 1), 25–32.

Vasconcelos, M. M., Werner, J., De Araújo Malheiros, a. F., Negreiros Lima, D. F., Oliveira Santos, Í. S., & Bardawil Barbosa, J. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(1), 67–73. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000100012>

Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <http://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>

Willcutt, E. G., Alvarez, C. V., Claros, J. a V., Barkley, R. A., Cardo, E., Servera, M., ... Steinau, S. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 9(1), 52–58. <http://doi.org/10.1097/>

01.CHI.0000026602.176 557.

Wolraich, M. L., McKeown, R. E., Visser, S. N., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., ... Danielson, M. (2012). The Prevalence of ADHD: Its Diagnosis and Treatment in Four School Districts Across Two States. *Journal of Attention Disorders*. <http://doi.org/10.1177/1087054712453169>.

Capítulo 3. Artigo 2. Percepção de mães brasileiras e espanholas sobre os problemas de comportamento dos filhos com TDAH

RESUMO

Compreendendo a gravidade que os problemas de comportamento podem acarretar no desenvolvimento da criança ao longo da vida, o principal objetivo deste estudo foi comparar a percepção de mães em relação aos problemas de comportamentos listados no CBCL (*Child Behavior Checklist*) em duas amostras clínicas compostas de crianças brasileiras e espanholas com o diagnóstico de TDAH. Método: O estudo é do tipo exploratório-descritivo, documental, retrospectivo, transversal, de caráter quantitativo dos prontuários atendidos entre 2010 a abril de 2015 no Hospital Universitário Virgen de la Arrixaca- Murcia/Espanha, e no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza – Belém/Brasil. Resultados: As mães brasileiras relataram escores significativamente mais altos em quatro escalas em comparação com as mães espanholas, e nas demais, os escores foram relativamente similares em ambas as culturas. Conclusão: Estudos transculturais têm sido imprescindíveis para a melhor compreensão das semelhanças e diferenças nas percepções das pessoas que vivem em culturas distintas.

Palavras-chave: Problemas de Comportamento; comparação transcultural; TDAH; CBCL.

ABSTRACT

Understanding the severity of the behavior problems can result in the development of the child throughout life, the aim of this study was to compare the mothers' perception in relation to behavior problems listed in the CBCL (Child Behavior Checklist) in two clinical samples composed of Brazilian and Spanish children with ADHD diagnosis. Method: The study is an exploratory-descriptive, documental, retrospective, cross-sectional, quantitative nature of the medical records treated between 2010 to April 2015 at the Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca- Murcia / Spain, and the Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza - Belém / Brasil. Results: The Brazilian mothers reported significantly higher scores on four scales compared to the Spanish mothers, and in the other, the scores were relatively similar in both cultures. Conclusion: cross-cultural studies have been essential to a better understanding of the similarities and differences in perceptions of people living in different cultures.

Keywords: Behavior Problems; cross-cultural comparison; ADHD; CBCL.

RESUMEN

Comprendiendo la gravedad que los problemas de conducta pueden causar en el desarrollo del niño durante toda la vida, el objetivo de este estudio fue comparar la percepción de las madres en relación con los problemas de conducta que figuran en el CBCL (Child Behavior Checklist) en dos muestras clínicas compuestas de niños brasileños y españoles diagnosticados con TDAH. Método: El estudio es un

documental-exploratorio descriptivo, transversal, de naturaleza cuantitativa retrospectiva de los informes de pacientes asistidos entre 2010 y abril de 2015 en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca- Murcia / España, y en el Hospital Universitario de Bettina Ferro de Souza - Belém / Brasil. Resultados: Las madres brasileñas tuvieron puntuaciones significativamente mayores en cuatro escalas en comparación con las madres españolas, y en las demás, las puntuaciones fueron relativamente similares en ambas culturas. Conclusión: los estudios transculturales han sido esenciales para una mejor comprensión de las similitudes y diferencias en las percepciones de las personas que viven en las diferentes culturas.

Palabras clave: Problemas de conducta; comparación intercultural; TDAH; CBCL.

Introdução

Estima-se que 13,4% da população mundial infanto-juvenil é afetada por algum tipo de transtorno mental (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Com base nisso, nas últimas décadas, o desenvolvimento socioemocional infantil tem despertado um crescente interesse na comunidade científica, especificamente, na identificação dos problemas comportamentais que podem predizer graves psicopatologias ao longo da vida (Dumas, 2011; Gómez, Santelices, Gómez, Rivera, & Farkas, 2014; Whitbourne & Halgin, 2015).

No relatório de saúde dos adolescentes ao redor do mundo elaborado pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2014), a saúde mental é uma das prioridades da saúde pública. A OMS enfatiza que os transtornos mentais quando não são tratados podem acarretar em prejuízos significativos no desenvolvimento, como o suicídio, por exemplo, que ocupa o terceiro lugar no ranking de mortes na adolescência, e a depressão, que é um dos principais causadores de invalidez (World Health Organization, 2014).

Reconhece-se na literatura, que os problemas de comportamento envolvem desvios comportamentais que causam prejuízos ao indivíduo que o manifesta, como também, às pessoas que compartilham da sua convivência, ou seja, repercutem negativamente no âmbito intra e interpessoal (Bolsoni-silva & Del Prette, 2003). Em

termos gerais, estes problemas são classificados em internalizantes e externalizantes (Archenbach & Edelbrock, 1983).

Os problemas internalizantes abrangem os comportamentos de ordem privada, com sintomas relacionados à instabilidade de ânimo, ansiedade, depressão, isolamento social, retraimento, problemas somáticos, disforia, insegurança, timidez, entre outros (American Psychiatric Association, 2013; Archenbach & Edelbrock, 1983; Hess & Falcke, 2013; Rescorla et al., 2007). Já os externalizantes, são comportamentos dirigidos ao meio externo, evidenciados por oposição, condutas desafiadoras excessivas, manifestações antissociais, agressão física ou verbal, hostilidade, conduta disruptiva, impulsividade, uso de substâncias, entre outros sintomas (American Psychiatric Association, 2013; Archenbach & Edelbrock, 1983; Rescorla et al., 2011).

Estudos sobre a prevalência dos problemas de comportamento em crianças e adolescentes apontam estimativas variadas. No Brasil, por exemplo, um estudo (Borsa & Nunes, 2011a) com 366 escolares de 6 a 12 anos, utilizando o instrumento CBCL, estimou a porcentagem de 39,6% de comportamentos internalizantes e 30,6% de externalizantes. Por sua vez, uma investigação na Espanha (Fernández-Molina, Valle, Fuentes, Isabel María Bernedo, & Bravo, 2011) com 181 adolescentes de 11 a 18 anos, também utilizando o CBCL como instrumento de coleta, encontrou a taxa de 24,3% de comportamentos internalizantes e 28,7% de externalizantes.

Dentre os transtornos do neurodesenvolvimento, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é uma síndrome que possui considerável incidência comórbida com os problemas de comportamento. A exemplo disso, um estudo realizado em Porto Rico (Rivera, Martínez, & Pérez, 2005) comparou a sintomatologia internalizante e externalizante em 90 estudantes na faixa etária de 8 a 12 anos, sendo que, 45 possuíam o diagnóstico de TDAH, e 45 era o grupo controle sem o transtorno.

Os pesquisadores apontaram que a média de comportamentos internalizantes e externalizantes foi superior na amostra com TDAH em comparação ao grupo controle. Outros investigadores também encontraram relação entre tais sintomas e o TDAH (Jacob et al., 2014; Kuja-Halkola, Lichtenstein, D’Onofrio, & Larsson, 2015; López Soler et al., 2009; Navarro & García-Villamizar, 2011; Treuting & Hinshaw, 2001).

O TDAH inicia-se na infância e tem como marco diagnóstico a tríade sintomatológica de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, que se manifestam de maneira desproporcional a idade biológica e ao nível de desenvolvimento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013a; Barkley, 2008; Cunill & Xavier, 2015). O padrão inconsistente da desatenção, por exemplo, caracteriza-se pela dificuldade em sustentar a atenção nas tarefas, distraibilidade, divagação, falta de persistência e desorganização (American Psychiatric Association, 2013a). Enquanto que, a hiperatividade, evidencia-se por instabilidade e inquietação motora excessiva, interferindo na socialização adequada do indivíduo (Vaquerizo-Madrid, 2005). Por sua vez, a impulsividade refere-se a dificuldade em postergar as gratificações, retardar respostas, planejar, déficit na regulação inibitória do comportamento, caracterizando um fragilizado funcionamento executivo (Barkley, 2008).

Em relação ao TDAH e os problemas de comportamento, são escassos na literatura os estudos transculturais, principalmente, comparando o Brasil e a Espanha, dois países com histórias e culturas distintas. Estudos transculturais têm sido imprescindíveis para a melhor compreensão das diferenças perceptuais das pessoas que vivenciam culturas distintas, e, conseqüentemente, viabiliza a análise dos possíveis efeitos da mesma na modelagem, interpretação e expressão dos comportamentos dos

indivíduos no contexto familiar e nos demais sistemas sociais (American Psychiatric Association, 2013a; Olatundun, 2009; Whitbourne & Halgin, 2015).

A cultura repercute na valoração do comportamento esperado e tolerável da criança em relação ao seu período do desenvolvimento, tanto na percepção dos pais, como na avaliação e classificação dos comportamentos psicopatológicos por profissionais (Bauermeister, 2014; Brewis, Schmidt, & Casas, 2003; Whitbourne & Halgin, 2015). Neste processo, instrumentos de avaliação comportamental têm sido ferramentas essenciais na investigação das diferenças individuais (Bechtold, Bhawuk, & Lee, 2002; Luis Augusto Rohde, 2002).

Dos instrumentos de análise comportamental, o CBCL (Child Behavior Checklist) tem se destacado entre os profissionais no rastreamento dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes. Este instrumento está integrado ao Sistema de Avaliação de Base Empírica de Archenbach – ASEBA (Archenbach & Edelbrock, 1983). O CBCL, especificamente, avalia a percepção dos pais sobre o comportamento dos filhos. Sua validade multicultural já foi confirmada em várias nacionalidades.

Utilizando o CBCL, Rescorla et al., (2007) comparou 31 sociedades diferentes (Austrália, Bélgica, China, Dinamarca, Etiópia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hong Kong, Irã, Israel, Itália, Islândia, Jamaica, Japão, Coreia, Lituânia, Holanda, Noruega, Polônia, Portugal, Porto Rico, Romênia, Rússia, Suécia, Suíça, Taiwan, Tailândia, Turquia, e Estados Unidos), investigando a avaliação dos pais em relação aos problemas de comportamento dos filhos de 6 a 16 anos, e constatou a validade multicultural do instrumento por meio das similaridades dos escores encontrados. Em todos estes países, foram avaliados os efeitos do país, gênero e faixa etária nos comportamentos dos testados (Rescorla et al., 2007).

Compreendendo a gravidade que os problemas de comportamento podem acarretar no desenvolvimento da criança ao longo da vida, e a originalidade do presente estudo ao comparar o Brasil e a Espanha, não delimitou-se hipóteses específicas. Em vez disso, foram desenvolvidas três questões gerais para nortear a discussão, sendo elas: (1) A cultura influenciará na percepção das mães na observação do comportamento dos filhos? (2) As variáveis gênero e faixa etária influenciarão nos escores das escalas? (3) Haverá diferença significativa nas escalas de externalização e internalização?. Sendo o principal objetivo comparar os problemas de comportamentos em duas amostras clínicas de crianças brasileiras e espanholas com TDAH.

Método

Delineamento

O estudo é do tipo exploratório-descritivo, documental, retrospectivo, transversal, de caráter quantitativo. A pesquisa documental foi realizada por meio da análise dos prontuários de pacientes diagnosticados com TDAH em duas unidades distintas de psicologia de hospitais universitários, voltadas para o público infanto-juvenil.

Campo de estudo

Uma parte da pesquisa foi realizada na Unidade Clínica da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Virgen de la Arrixaca, vinculado à Universidad de Murcia, situado na cidade de Murcia, Espanha. E a segunda parte ocorreu na Unidade de Psicologia do Serviço de Crescimento e Desenvolvimento CAMINHAR voltada para o atendimento infantil, do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, vinculado à Universidade Federal do Pará, localizado na cidade de Belém do Pará, Brasil.

Participantes

Foi feita a análise documental retrospectiva de todos os prontuários atendidos entre 2010 a abril de 2015 na unidade hospitalar de Murcia e na unidade do Bettina. Esta fase inicial consistiu na análise de 1.530 prontuários na Espanha e 1.645 no Brasil. Destes, foram selecionados 67 prontuários na unidade hospitalar de Murcia e 94 na unidade do Bettina que apresentavam o diagnóstico de TDAH. Após esta seleção, analisou-se minuciosamente cada prontuário de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, isto é: estar com o diagnóstico fechado de TDAH e ter respondido ao CBCL/6-18 anos na íntegra no processo diagnóstico.

Os critérios foram pensados com o objetivo de uniformizar a amostra nos dois países uma vez que a unidade na Espanha é voltada para o público infanto-juvenil, enquanto que, no Brasil, o público é infantil. Assim, foram excluídos os prontuários que não registravam o diagnóstico de TDAH; prontuários de pacientes na faixa etária entre 13 a 18 anos, prontuários com o CBCL/ 1(1/2) -5 anos utilizados para crianças com a idade entre 1 a 5 anos e prontuários de pacientes que apresentavam apenas a sintomatologia do transtorno, mas não atendiam a todos os critérios diagnósticos delimitados no DSM-IV e CID-10, sistemas de classificação utilizados nas duas unidades.

O total de participantes foi de $N= 105$ prontuários cujas informações registradas foram obtidas mediante o relato de mães de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos. A amostra brasileira totalizou em $N=70$ prontuários, sendo $N=18$ de crianças do sexo feminino, e $N=52$ do sexo masculino; enquanto que, a amostra espanhola consistiu em $N= 35$ prontuários, sendo $N=7$ de crianças do sexo feminino e $N=28$ do sexo masculino.

Instrumento

O CBCL/6-8 é composto de uma lista de 113 itens que avaliam os problemas emocionais/comportamentos e habilidades sociais (Achenbach & Rescorla, 2001). Os 113 itens geram escores em oito síndromes que avaliam dimensões psicopatológicas: Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; Queixas somáticas; Problemas de sociabilidade; Problemas de pensamento; Problemas de atenção; Violação de regras; e Comportamento agressivo; sendo que as três primeiras síndromes (Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; Queixas somáticas) compõem uma escala maior denominada de Escala de Internalização, as duas últimas (violação de regras e comportamento agressivo) integram a Escala de Externalização, e as três escalas (problemas de pensamento, problemas de sociabilidade e problemas de atenção) compõem a escala maior intitulada de Outros Problemas (Achenbach & Rescorla, 2001). As respostas dos itens variam entre 0(zero) que corresponde a comportamento ausente; 1(um) comportamento às vezes presente e; 2(dois) comportamento frequentemente presente.

Implicações éticas

Para a realização do estudo, foi assegurado aos participantes o caráter confidencial e sigiloso dos pacientes sem oferecer qualquer tipo de risco, Foi solicitado autorização do Comitê de Ética do Hospital Virgen de la Arrixaca (CEIC Virgen de la Arrixaca), que emitiu parecer favorável (*DICTAMEN FAVORABLE*) na Ata 08/15 para a coleta de dados. Procedimento semelhante foi adotado no contexto brasileiro, onde foi submetido a solicitação de realização da presente pesquisa ao Comitê de Ética do Núcleo em Medicina Tropical da UFPA que autorizou (Protocolo CAAE 45316515.3.0000.5172) sua realização no Hospital Bettina Fero de Souza.

Análise dos dados

Para análise estatística dos resultados encontrados foram aplicadas as técnicas estatísticas, descritiva e inferencial. Na descritiva foram construídas tabelas contendo valores absolutos e relativos para facilitar na descrição dos resultados confirmados por meio da análise inferencial.

Para analisar inferencialmente os resultados organizados na análise descritiva, foram aplicados os testes Kolmogorov-Smirnov, e o de Levene para testar os pressupostos de Normalidade e Igualdade de Variâncias para aplicação dos testes paramétricos de comparação de médias, *t* de *Student* e Análise de Varância (ANOVA). Também foram aplicados os testes não-paramétricos, Qui-quadrado de aderência para proporções esperadas iguais e Qui-quadrado de Independência com objetivo de investigar a existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis e os grupos de interesse na pesquisa, considerando o nível de significância $\alpha = 0,05$.

Utilizou-se o programa *software ADM (Assessment Data Manager)* criado por Achenbach e colaboradores (Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2006) para a análise dos perfis. Os programas utilizados para construção do banco de dados e aplicação dos testes estatísticos foram o *SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science)* na versão 22.0, e para construção das tabelas e gráficos o *Excel* e *Word* do pacote *Office da Microsoft* versão 2010.

Resultados

Na análise total dos problemas de comportamento avaliados pelo CBCL, consideraram-se satisfatório o teste *t*, ANOVA e os pressupostos de Normalidade e Igualdade de Variâncias (Homocedasticidade) por país, gênero e faixa etária (6-7anos, 8-9 anos, 10-12 anos). Na maioria das escalas, as crianças brasileiras alcançaram

escores superior ao das crianças espanholas, mostrando que a percepção das mães revela um perfil cultural relativamente estável.

Análise do test t para amostras independentes foi conduzida na comparação das respostas do CBCL das mães das duas nacionalidades, Brasil (N=70) e Espanha (N=35). Apresenta-se na Tabela 1 e 2, os resultados dos testes utilizados para verificar as diferenças nos escores obtidos com país de crianças com TDAH nas escalas de internalização e externalização.

TABELA 1. Escores das Escalas

Escalas	Brasil (N=70)	Espanha (N=35)	Diferença de médias	T	p-valor
	Média (DP)	Média (DP)			
Escala de Internalização (EI)	19,49(9,158)	15,06(8,131)	4,42	2,42	0,017*
Escala de Externalização (EE)	21,01(11,41)	18,71(9,603)	2,30	1,02	0,308
Outros Problemas	8,74(4,386)	7,29(3,295)	1,45	1,73	0,086

*p < 0,05 (Teste t de Student)

Em termos gerais, observa-se na tabela 1 que as médias encontradas nas Escalas de Internalização e Outros Problemas foram inferiores nos dois países quando se compara a Escala de Externalização, sugerindo alta frequência percepção das mães de crianças com TDAH de comportamentos externalizantes.

No que tange ao país, encontrou-se resultado significativo na Escala de Internalização (ver Tabela 1) em que se confirma os escores superiores das brasileiras (M=19,49, DP=9,158) com relação as espanholas (M=15,06, DP=8,131), $t=2,42$, $p<0,05$. Os resultados indicam maior tendência das mães brasileiras na percepção dos comportamentos de ordem privada que as espanholas.

Por sua vez, na Escala de Externalização (ver Tabela 1), a diferença de médias de 2,30 foi insignificante, sugerindo que as mães brasileiras e espanholas percebem com uma certa semelhança os comportamentos externalizantes nos filhos com TDAH. Quanto a Escala de Outros Problemas, também não foi encontrada diferença

significativa entre os dois países, indicando que as participantes se aproximam em termos de percepção dos outros problemas nos filhos.

Considerando as síndromes associadas com TDAH, na tabela 2 é possível observar a apresentação destas nos dois países investigados.

TABELA 2. Escores das síndromes do CBCL

Síndromes	Brasil	Espanha	Diferença de médias	T	p-valor
	(N=70)	(N=35)			
	Média (DP)	Média (DP)			
Ansiedade/Depressão	8,63(4,374)	7,86(4,797)	0,77	0,82	0,411
Retraimento/Depressão	5,24(3,277)	3,40(2,735)	1,84	2,86	0,005*
Queixas Somáticas	5,61(4,062)	3,80(3,018)	1,81	2,33	0,021*
Problemas de Sociabilidade	8,87(4,785)	7,74(4,273)	1,12	1,17	0,241
Problemas de pensamento	8,44(5,674)	5,60(5,158)	2,84	2,49	0,014*
Problemas de Atenção	11,29(4,822)	12,63(4,159)	-1,34	-1,40	0,163
Violação de Regras	5,76(4,796)	5,17(3,666)	0,59	0,63	0,527
Comportamento Agressivo	15,26(8,025)	13,54(6,723)	1,72	1,08	0,280

*p < 0,05 (Teste t de Student)

Em termos gerais foram encontrados resultados significativos em três síndromes. Especificamente, nos problemas de comportamento que integram a Escala de Internalização, as mães brasileiras reportaram escores significativamente superior na síndrome de Retraimento/Depressão (M=5,24; DP=3,277), que as espanholas (M=3,40; DP=2,735), t=2,8, p<0,05; como também, na síndrome de Queixas Somáticas (M=5,61, DP=4,062), em comparação à média das espanholas (M= 3,80, DP=3,018), t=2,3; p<0,05.

No que tange à competência social avaliada por meio da escala de Problemas de Sociabilidade, não foi encontrada significância na comparação dos dois países, tampouco na síndrome de Problemas de Atenção, dado que aponta a acurácia do CBCL como um instrumento complementar na detecção do déficit de atenção, visto que, a amostra é composta por crianças diagnosticadas com TDAH (ver Tabela 2), indicando que as mães percebem a ocorrência do comportamento com frequência similar.

Em relação à síndrome de Problemas de Pensamento, os escores das mães brasileiras ($M=8,44$, $DP=5,674$) foi significativamente superior ao das espanholas ($M=5,60$, $DP=5,158$), $t=2,4$, $p<0,05$, sinalizando que as brasileiras observam com mais frequência nos filhos os sintomas de problemas de pensamento. Em contrapartida, nas síndromes de Violação de Regras e Comportamento agressivo que integram a Escala de Externalização, não foi encontrada diferença significativa nas médias, o que sugere que tais comportamentos são percebidos de modo semelhante nos dois países pelas mães nos filhos com TDAH.

A análise de variância (ANOVA) foi aplicada nas variáveis gênero e idade de cada país, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas. Na variável gênero, observou-se que, embora a amostra feminina fosse inferior a masculina em ambos os países, encontraram-se médias superiores na percepção das mães de meninas em algumas síndromes em relação à percepção das mães de meninos (ver Tabela 3).

TABELA 3. Escore do CBCL em função do gênero

Síndromes/Escalas	Brasil (N=70)		Espanha (N=35)		F	p
	Menino (N=52)	Menina (N=18)	Menino (N=28)	Menina (N=7)		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Ansiedade/Depressão	8,44 (4,146)	9,17 (5,067)	8,04 (4,796)	7,14 (5,113)	0,0100	0,9415
Retraimento/Depressão	5,56 (3,398)	4,33 (2,787)	3,57 (2,821)	2,71 (2,430)	1,7786	0,1853
Queixas Somáticas	5,23 (3,771)	6,72 (4,750)	3,46 (2,861)	5,14 (3,485)	2,856	0,0941
Problemas de Sociabilidade	9,27 (4,716)	7,72 (4,933)	7,75 (4,616)	7,71 (2,752)	0,4605	0,4989
Problemas de Pensamento	8,71 (5,532)	7,67 (6,164)	5,25 (3,836)	7,00 (9,037)	0,0641	0,8007
Problemas de Atenção	11,54 (4,800)	10,56 (4,949)	12,96(3,756)	11,29 (5,648)	1,305	0,2560
Violação de Regras	5,85 (5,112)	5,50 (3,854)	5,43 (3,676)	4,14 (3,716)	0,52	0,4716
Comportamento Agressivo	15,08(7,992)	15,78(8,328)	13,89(7,057)	12,14(5,398)	0,0737	0,7866
Escala de Internalização (EI)	20,63 (11,042)	20,78(11,212)	19,43(10,031)	14,86 (8,133)	0,6816	0,4110
Escala de Externalização (EE)	20,11(9,664)	19,67 (9,387)	15,00(8,679)	15,04(8,158)	0,0077	0,9300

$p < 0,0001$

No Brasil, por exemplo, a percepção das mães de meninas, foram superiores nas síndromes de: Ansiedade/Depressão ($M=9,17$, $DP=5,067$) e Queixas Somáticas ($M=$

6,72, DP=4,750), enquanto que, na Espanha, a percepção das mães de meninas apresentou médias superiores a dos meninos nas síndromes de Queixas somáticas (M=5,14, DP=3,485) e Problemas de Pensamento (M=7,00, DP=9,037). Nas demais síndromes, os meninos obtiveram escores mais elevados. Todavia, ressalta-se que não foram encontradas diferenças significativas em função do sexo em nenhuma síndrome (ver Tabela 3).

No geral, a percepção das mães de meninos brasileiros, apresentaram escores mais elevados que a percepção das mães de meninos espanhóis, exceto na síndrome de Problemas de Atenção, pois no grupo da Espanha foi encontrado média superior (M=12,96; DP=5,648). Por sua vez, ao se comparar as meninas brasileiras e espanholas, verifica-se que as brasileiras se sobressaíram na maioria das síndromes, exceto na síndrome de Problemas de Atenção que as espanholas apresentaram média superior (M=12,96; DP=3,756). Todavia, enfatizasse que não foi encontrada significância.

Em relação à variável idade (ver Tabela 4), compararam-se três grupos de faixa etária por país (6-7anos; 8-9 anos; e 10-12 anos). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas tanto nas síndromes quanto nas escalas. As médias variaram em conformidade com a síndrome avaliada, não havendo, portanto, uma uniformidade de grupo que se superou integralmente ao outro em ambos os países (ver Tabela 4). No Brasil, as idades que alcançaram as maiores médias foram a de 6 e 7 anos, enquanto que, na Espanha, foi o grupo de 8 a 9 anos.

TABELA 4. Escore do CBCL em função da faixa etária

Síndromes/ Escala	Brasil (N=70)			Espanha (N=35)			F	P
	6 a 7 anos	8 a 9 anos	10 a 12 anos	6 a 7 anos	8 a 9 anos	10 a 12 anos		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
Ansiedade/ Depressão	9,40 (4,501)	7,57 (3,929)	9,30 (4,672)	7,00 (4,223)	8,56 (4,761)	7,83 (6,494)	0,0803	0,9229
Retraimento/ Depressão	5,33 (4,117)	4,96 (2,673)	5,48 (3,435)	2,85 (2,577)	4,19 (2,903)	2,50 (2,429)	0,3157	0,7300
Queixas Somáticas	5,93 (5,351)	5,68 (3,497)	5,37 (3,943)	3,38 (3,990)	4,19 (2,562)	3,67 (1,751)	0,0909	0,9131
Problemas de Sociabilidade	9,07 (5,873)	7,75 (4,527)	9,93 (4,287)	8,23 (4,711)	8,00 (4,179)	6,00 (3,742)	0,2504	0,7790
Problemas de Pensamento	9,07 (5,873)	7,75 (4,527)	9,93 (4,287)	8,23 (4,711)	8,00 (4,179)	6,00 (3,742)	0,7438	0,4779
Problemas de Atenção	12,27 (4,183)	10,68 (4,785)	11,37 (5,249)	13,92 (3,774)	13,19 (3,774)	11,29 (5,648)	1,305	0,2560
Violação de Regras	6,64 (4,448)	5,23 (5,594)	5,88 (4,013)	4,20 (2,741)	5,62 (5,124)	5,50 (2,355)	0,0377	0,9630
Comportament o Agressivo	18,43 (8,537)	12,93 (6,767)	16,23 (8,580)	13,30 (8,287)	12,62 (7,556)	14,75 (4,309)	1,6165	0,2038
Escala de Internalização (EI)	24,73 (11,106)	17,18 (9,982)	22,04 (11,264)	19,23 (8,738)	17,44 (9,092)	19,83 (14,414)	0,8465	0,1632
Escala de Externalização (EE)	20,47 (11,904)	19,07 (8,050)	20,15 (9,457)	15,23 (7,960)	16,88 (8,586)	14,00 (7,483)	0,1442	0,8659

p < 0,0001

Na Escala de Internalização, por exemplo, no Brasil, as crianças de 6 a 7 anos apresentaram um escore superior em relação aos demais grupos etários (M=24,73; DP=11,106). Por outro lado, na Espanha nessa mesma Escala, a maior média foi encontrada no grupo de faixa etária de 10 a 12 anos (M=19,83; DP=14,414). Já na Escala de Externalização, no Brasil, o maior escore foi na idade de 6 a 7 anos (M=20,47; DP=11,904); e na Espanha, foi no grupo de 8 a 9 anos (M=16,88; DP= 8,586).

Nas síndromes que integram a Escala de Internalização (Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; e Queixas Somáticas), no Brasil, respectivamente, os maiores escores foram nos grupos de 6 a 7 anos (M=9,40; DP=4,501); 10 a 12 anos (M=5,48; DP=3,435); e 6 a 7 anos (M=5,93; DP=5,351). Ao

passo que, na Espanha, as médias mais altas foram nos grupos de 10 a 12 anos ($M=7,83$; $DP=6,494$); 8 a 9 anos ($M=4,19$; $DP=2,903$); e 8 a 9 anos ($M=4,19$; $DP=2,562$).

Nas síndromes que integram a Escala de Externalização (Violação de Regras e Comportamento Agressivo), respectivamente, no Brasil, os maiores escores foram nos grupos de 6 a 7 anos em ambas as síndromes ($M=6,64$; $DP=4,448$ / $M= 18,43$; $DP=8,537$). Por outro lado, na Espanha, as médias variaram, na Violação de Regras, por exemplo, o escore foi maior nas idades de 8 a 9 anos ($M=5,62$; $DP=5,124$), e na síndrome de Comportamento Agressivo, destacou-se o grupo de 10 a 12 anos ($M=14,75$; $DP=4,309$).

Na síndrome de Problemas de Sociabilidade, no Brasil, a média que se destacou foi a do grupo de 10 a 12 anos ($M=9,93$; $DP=4,287$). Já na Espanha, foram as idades de 6 a 7 anos ($M=8,23$; $DP= 4,711$). Por sua vez na síndrome de Problemas de Pensamento, no Brasil, destacou-se o grupo de 10 a 12 anos ($M=9,93$; $DP=4,287$); e na Espanha as idades de 6 a 7 anos ($M=8,23$; $DP=4,711$).

Por fim, na síndrome de Problemas de Atenção, no Brasil, o grupo de 6 a 7 anos apresentou o maior escore ($M=12,27$; $DP=4,183$); e, coincidentemente, na Espanha, o mesmo grupo apresentou a maior média ($M=13,92$; $DP=3,774$), sugerindo que as mães das duas nacionalidades, observam com mais frequência os problemas atencionais nesta faixa etária.

Discussão

Buscou-se na literatura científica, estudos que objetivassem comparar a percepção das mães brasileiras e espanholas, no entanto, não foram encontrados artigos com tal perspectiva, dado que aponta a sua originalidade. O presente estudo ao equiparar as duas amostras clínicas independentes por país, gênero e faixa etária,

possibilitou a análise da frequência de problemas de comportamentos das crianças com TDAH, a fim de evidenciar os principais sintomas presentes nas duas culturas.

Partindo-se do pressuposto de que a cultura influencia na percepção das mães acerca do comportamento dos filhos (American Psychiatric Association, 2013a), avaliou-se a perspectiva cultura por meio da variável país, mediante as respostas ao CBCL que variavam entre 0 (zero) que corresponde a comportamento ausente; 1(um) comportamento às vezes presente e; 2(dois) comportamento frequentemente presente (Archenbach & Edelbrock, 1983).

Os resultados sinalizaram escores relativamente similares nos dois países. As mães brasileiras e espanholas evidenciaram com maiores médias a Escala de Externalização, seguidas das síndromes de Comportamentos Agressivo e Problemas de Atenção. Estes achados corroboram com vários registros na literatura científica que apontam um perfil psicopatológico comórbido do TDAH com os comportamentos externalizantes (Jacob et al., 2014; Kuja-Halkola et al., 2015; Rivera et al., 2005; Roessner, Becker, Rothenberger, Rohde, & Banaschewski, 2007; Rohde et al., 2005; Schoemaker et al., 2013; Tureck, Matson, May, & Turygin, 2013). Este achado converge com o estudo de comparação transcultural realizado entre Brasil e Alemanha (Roessner et al., 2007), que sugeriu ser um padrão consistente que independe da cultura.

A associação do TDAH com problemas externalizantes pode ajudar a entender as evidências apontadas nas pesquisas que relacionam este transtorno a vulnerabilidade destas crianças e adolescentes que estão mais suscetíveis a reprovação, expulsão e abandono escolar, abuso de drogas lícitas e ilícitas, práticas de riscos, delituosas e antissociais, violação de regras, comportamentos agressivos, etc. (Barbaresi et al., 2013; Bauermeister, 2014; López-Soler & Romero Medina, 2013; Miranda et al., 2015; Ohlmeier et al., 2008; Possa, Spanemberg, & Guardiola, 2005). Os problemas de

conduta observados geralmente resultam em desafios para os pais, familiares e cuidadores, pois dificultam na aprendizagem de comportamentos adaptativos positivos, no autocontrole, na autorregulação das emoções e na aquisição de habilidades sociais necessárias nas relações interpessoais (Tureck et al., 2013).

Em relação à síndrome de Problemas de Atenção, nos dois países foram encontrados altos escores, sinalizando acurácia do CBCL como um instrumento de triagem no processo diagnóstico do TDAH. Tal tendência já foi verificada em outras investigações que assinalaram a acurácia do instrumento (Lampert, 2002; Roessner et al., 2007).

Na análise da variável país, as mães brasileiras apresentaram escores superiores nas síndromes e escalas quando comparadas as espanholas, exceto na média da síndrome de Problemas de Atenção. Todavia, encontraram-se escores significativamente diferentes somente na Escala de Internalização, e nas síndromes de Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, e Problemas de Pensamento. Este resultado possivelmente está relacionado a superestimação de doenças nos filhos por parte das brasileiras, a desigualdade socioeconômica (Rivera et al., 2005; Roessner et al., 2007), e a influência da cultura na interpretação das perguntas do CBCL (Rescorla et al., 2007; Tsiantis, Motti-Stefanidi, Richardson, Schmeck, & Poustka, 1994). Alguns estudos brasileiros assinalaram alta prevalência de comportamentos internalizantes em escolares, sugerindo uma tendência das brasileiras em perceber os comportamentos de ordem privada (Borsa & Nunes, 2011b; Borsa, Souza, & Bandeira, 2011).

Em relação à variável gênero, não foram encontradas diferenças significativas ao comparar meninas e meninos em ambas as nacionalidades. Não há um consenso na literatura sobre este achado, inclusive são limitadas as investigações utilizando o CBCL com amostra similar ao presente estudo. A despeito das controvérsias em torno deste

tema, alguns autores sinalizam maior prevalência dos comportamentos internalizantes nas meninas e dos comportamentos externalizantes nos meninos (López-Soler, Sáez, et al., 2009; Rivera et al., 2005; Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, & Øie, 2013). Estudos realizados com amostra de escolares sem transtornos psicológicos apontaram resultados divergentes (Borsa & Nunes, 2011b; Borsa et al., 2011; Emerich et al., 2012).

No que tange à variável idade, os achados não apontaram diferenças significativas. Utilizando o CBCL, um estudo multicultural de alta relevância realizado em 31 países situadas nos continentes Americano, Africano, Asiático, Europeu e Oceania (Rescorla et al., 2011) sinalizou inconsistência nas sociedades analisadas cujos resultados variaram em função da idade, como, por exemplo, na maioria dos países, o gênero feminino de 12 a 16 anos, apresentaram escores mais elevados nos comportamentos internalizantes, ou seja, as meninas de 6 a 11 anos não apontaram diferença significativa. Já os meninos 6 a 11 anos alcançaram escores mais elevados nos comportamentos externalizantes, mas isso não se aplicou em todas as sociedades.

A partir da exposição dos achados, convém discutir alguns fatores que possivelmente influenciaram nos resultados. Na avaliação comportamental de crianças, por exemplo, se faz necessário a participação dos pais ou cuidadores nas informações pertinentes ao contexto e ao comportamento, uma vez que estes participam diretamente do processo de desenvolvimento e maturação psicológica da criança (Whitbourne & Halgin, 2015). Todavia, estudos (Bauermeister, 2014; Foley et al., 2005) apontam que diversas variáveis podem influenciar na forma como os pais percebem os comportamentos dos seus filhos, tais como o histórico de psicopatologias, conflitos familiares e a cultura.

A exemplo disso, um estudo realizado no Brasil (Borsa & Nunes, 2008), objetivou averiguar a concordância entre as respostas das mães e pais aos problemas

comportamentais avaliados pelo CBCL, e os resultados apontaram baixa concordância entre as respostas, sinalizando como possível influência os aspectos sociais que delimitam os papéis dos genitores na família e os conflitos na relação intrafamiliar. Ressalta-se que os autores sugerem que em comparação com os pais, as mães tendem a ser mais precisas na avaliação do comportamento dos filhos.

Na Espanha, pesquisadores (Pérez-lópez, Cano-giménez, & Agustín, 2009), compararam a percepção dos genitores e dos educadores de escola infantil acerca dos problemas comportamentais utilizando o CBCL como um dos instrumentos, e constataram que as mães percebem mais claramente os problemas comportamentais dos filhos que os seus educadores escolares, resultado também encontrado em outro estudo chileno (Gómez et al., 2014).

As informações prestadas pelos pais respondentes dos testes também podem estar relacionadas a cultura de cada país, aos aspectos sociais, a subjetividade de cada respondente na interpretação das perguntas, ao nível educacional, entre outros fatores (Barkley, 2008; Bauermeister, 2014; Pires et al., 2012; Schroeder & Kelley, 2009).

Considerações finais

A principal contribuição deste estudo foi identificar as diferenças e características comportamentais similares em crianças alocadas em países distintos, por meio do relato das mães. Todavia, algumas limitações necessitam ser observadas. Primeiro, as amostras utilizadas em ambos os países não representam a população geral brasileira e espanhola. Segundo, realizar estudos transculturais demanda tempo, disponibilidade de outros profissionais, enfrentamento de burocracias internas e éticas nas unidades de pesquisa, e diferenças de fusos horários, variáveis que possivelmente influenciaram no N da amostra. Terceiro, houve a ausência de grupo controle.

Um comparativo do CBCL com outras escalas que avaliam o funcionamento executivo, possivelmente repercutiria em dados mais detalhados e precisos sobre os prejuízos no desenvolvimento funcional dessas crianças, todavia, a falta de validação de outras medidas no contexto brasileiro inviabilizou tal análise.

O TDAH é uma realidade mundial, assim como, as suas comorbidades. Então, entende-se que estudos transculturais podem contribuir na medida em que permitem identificar semelhanças e diferenças, especificidades e generalidades o que favorecerá a construção de um conhecimento que ajude a explicar o TDAH e conseqüentemente suas implicações na vida das pessoas.

Referências

- Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2006). *Manual for the assessment data manager program (ADM)* (VT). Burlington.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Am. Psychi). Washington: Am. Psychiatr. Publ. 4th ed., text rev.
- Archenbach, T., & Edelbrock, C. . (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. (University). Burlington: Departament of Psychiatric.
- Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, *131*(4), 637–44. <http://doi.org/10.1542/peds.2012-2354>
- Barkley, R. A. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído ¿Me conoces?* (3ª). New York: The Guilford Press.
- Bechtold, D. J., Bhawuk, D. P. S., & Lee, R. W. B. J. A. (2002). Estudios transculturales en comportamiento organizacional y del consumidor. *Boletín de Psicología*, (76), 77–107.
- Bolsoni-silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento : um

- panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, V(2), 91–103.
- Borsa, J., & Nunes, M. L. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 317–330. <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200009>
- Borsa, J., & Nunes, M. L. (2011a). Prevalence of behavior problems in a sample of school. *Aletheia*, 34, 1–11.
- Borsa, J., & Nunes, M. L. (2011b). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia*, 34, 1–11.
- Borsa, J., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria E Prática*, 13(2), 15–29.
- Brewis, A., Schmidt, K., & Casas, C. A. S. (2003). Cross-cultural study of the childhood developmental trajectory of attention and impulse control. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 174–181. <http://doi.org/10.1080/0165025024400173>
- Cunill, R., & Xavier, C. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clin*, 144(8), 370–375. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.025>
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência* (3ª). Porto Alegre: Artmed.
- Emerich, D. R., Da Rocha, M. M., Silveiras, E. F. D. M., & Gonçalves, J. D. P. (2012). Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). *PSICO*, 43(3), 380–387.
- Fernández-Molina, M., Valle, J., Fuentes, J., Isabel María Bernedo, I. M., & Bravo, A. (2011). En Adolescentes Adoptados Españoles. *Psicothema*, 23(1), 1–6.
- Foley, D. L., Rutter, M., Angold, A., Pickles, A., Maes, H. M., Silerg, J. L., & Eaves, L. J. (2005). Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 193–210.
- Gómez, A., Santelices, M. P., Gómez, D., Rivera, C., & Farkas, C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos*, 2, 175–187.

- Hess, A. R. B., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: Uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, 18(2), 263–276.
- Jacob, C., Gross-Lesch, S., Jans, T., Geissler, J., Reif, A., Dempfle, A., & Lesch, K. P. (2014). Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 6, 101–110. <http://doi.org/10.1007/s12402-014-0128-z>
- Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., & Larsson, H. (2015). Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(6), 640–647. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12340>
- Lampert, T. L. (2002). *Avaliação Da Acurácia Diagnóstica Da Escala De Problemas de Atenção Do Inventário De Comportamentos Da Infância E Adolescência (CBCL) Para o Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- López Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M. V., Fernández Fernández, V., & López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353–358. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3024951&orden=219384&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3024951>
- López Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M. V., Fernández Fernández, V., López Pina, J. A., López-Soler, C., López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353–358. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3024951&orden=219384&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3024951>
- López-Soler, C., & Romero Medina, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (Ediciones). Madrid.
- Miranda, A., Colomer, C., Berenguer, C., Roselló, R., & Roselló, B. (2015). Substance use in young adults with ADHD: Comorbidity and symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.001>

- Navarro, M., & García-Villamizar, D. (2011). Comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos internalizantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 295–304. Retrieved from http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_295-304.pdf
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., ... Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(3), 300–304. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agn014>
- Olatundun, I. O. (2009). What is Cross-cultural Research? *International Journal of Psychological Studies*, 1(2), 82–96. <http://doi.org/10.5539/ijps.v1n2p82>
- Pérez-lópez, J., Cano-giménez, E., & Agustín, R. (2009). La percepción de problemas conductuales a través de progenitores y educadores de escuelas infantiles. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 133–140.
- Pires, T. de O., Passos, C. M. F., Silva, D., & Assis, S. G. de. (2012). Family environment and attention-deficit hyperactivity. *Rev Saúde Pública*.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Possa, M. D. A., Spanemberg, L., & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças Escolares. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(2–B), 479–483.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... Leung, P. W. L. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456–467. <http://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130–142. <http://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Rivera, O., Martínez, A., & Pérez, J. (2005). Comparación de la sintomatología

- internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con y sin trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, *16*, 27–50.
- Roessner, V., Becker, A., Rothenberger, A., Rohde, L. ., & Banaschewski, T. (2007). A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD / HD using the Child Behavior Checklist. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, *257*, 352–359. <http://doi.org/10.1007/s00406-007-0738-y>
- Rohde, L. A. (2002). ADHD in Brazil: the DSM-IV criteria in a culturally different population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(9), 1131–1133. <http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000026602.17655.e7>
- Rohde, L., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1436–1441. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.042>
- Schoemaker, K., Mulder, H., Dekovi, M., Bennett, D. S., Marini, V. A., Berzenski, S. R., ... Engels, R. C. M. E. (2013). Externalizing Problems in Late Childhood as a Function of Prenatal Cocaine Exposure and Environmental Risk, *247*(January 2011), 239–247. <http://doi.org/10.1177/0165025413490865>
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(2), 227–235. <http://doi.org/10.1007/s10826-008-9223-0>
- Skogli, E., Teicher, M. H., Andersen, P., Hovik, K., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 298. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Treuting, J., & Hinshaw, S.(2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *29*(1), 23–39.
- Treutler, C. M., & Epkins, C. C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology*,

31(1), 13–27. <http://doi.org/10.1023/A:1021765114434>

Tsiantis, J., Motti-Stefanidi, F., Richardson, C., Schmeck, K., & Poustka, F. (1994). Psychological Problems of School-Age German and Greek Children: A Cross-Cultural Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3(4), 209–219.

Tureck, K., Matson, J. L., May, A., & Turygin, N. (2013). Externalizing and tantrum behaviours in children with ASD and ADHD compared to children with ADHD. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(February), 52–57. <http://doi.org/10.3109/17518423.2012.719245>

45

Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista De Neurología*, 40(Supl 1), 25–32.

Whitbourne, S., & Halgin, R. . (2015). *Psicopatología: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: AMGH.

World Health Organization. (2014). *Health for the World ' s Adolescents A second chance in the second decade*. Geneva.

4. Artigo 3. Percepção de professores dos problemas de comportamento em duas amostras clínicas com TDAH: Brasil e Espanha

Resumo

Considerando a díade professor-aluno no contexto escolar, a figura desse profissional tem sido estimada na literatura científica como uma fonte de informação válida na avaliação comportamental do aluno. Método. Trata-se de uma investigação documental do tipo exploratória-descritiva, retrospectiva e transversal, em que se recorreu a análise de prontuários de crianças e adolescentes entre os anos de 2013 e 2014 diagnosticados com TDAH em duas unidades clínicas de psicologia situadas no Brasil e na Espanha. A amostra total foi de N= 37 prontuários de crianças e adolescentes. Resultados. Na análise total dos escores do TRF foram considerados satisfatórios os testes Shapiro-Wilk e o de Levene. Em relação à variável país, encontraram-se diferenças significativas apenas em duas síndromes: Problemas de Sociabilidade e Problemas de Atenção, enquanto que, nas demais os escores foram proporcionais. Conclusão. A principal contribuição deste estudo foi comparar a percepção de professores residentes em diferentes países, e constatar que independentemente das características geográficas e diferenças culturais, vários comportamentos foram identificados de maneira similar nos indivíduos com o diagnóstico de TDAH.

Palavras-chave: Professores; TDAH; Problemas de comportamento; TRF.

Abstract

Considering the *dyadic teacher-student*-interaction in the school context, the figure of this professional has been estimated in the scientific literature as a valid source of information in the behavior evaluation of the student. Method. This is an exploratory-descriptive, retrospective and cross-sectional documentary investigation, in which the analysis of medical records of children and adolescents between the years of 2013 and 2014 diagnosed with ADHD in two clinical psychology units located in Brazil and Spain . The total sample was N = 37 records of children and adolescents. Results. In the total analysis of TRF scores the Shapiro-Wilk and Levene tests were considered satisfactory. Regarding the country variable, significant differences were found only in two syndromes: Social Problems and Attention Problems, while in the others the scores were proportional. Conclusion. The main contribution of this study was to compare the teacher's perception resident in different countries, and to verify that regardless of geographic characteristics and cultural differences, several behaviors were similarly identified in individuals with ADHD diagnosis.

Keywords: Teachers; ADHD; Behavior problems; TRF.

O comportamento é considerado anormal à medida em que interfere no curso habitual do desenvolvimento da criança, causando prejuízos na aquisição das

competências sociais, afetivas e instrumentais (Dumas, 2011; Whitbourne & Halgin, 2015). Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2002), muitas perturbações comportamentais observadas em adultos provavelmente tiveram início na infância.

A OMS (World Health Organization, 2002) reconhece que de 10% a 20% das crianças apresentam um ou mais problemas mentais. Conforme se observa na revisão sistemática (Polanczyk et al., 2015) de 41 estudos realizados em 27 países em nível mundial, 13,4% da população infanto-juvenil é afetada por algum transtorno mental.

Partindo da perspectiva de que o comportamento se expressa de diferentes maneiras em conformidade com as demandas do ambiente, os sistemas de classificação de saúde, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM (American Psychiatric Association, 2013a) e a Classificação Internacional de Doenças – CID (Organização Mundial da Saúde, 1993), reconhecem a escola como um meio de influência na aprendizagem e modelação dos comportamentos das crianças. Assim sendo, delimitam o contexto escolar como um dos ambientes onde os sintomas dos transtornos irão se manifestar com significância clínica.

É na escola que as crianças empregam um longo período de tempo de suas vidas sob tutoria de professores, formando uma díade que influenciará no desenvolvimento global desde a mais tenra infância. Como agentes educadores de novas informações, os professores transmitem a cultura, atuam como facilitadores no desenvolvimento das competências sociais, auxiliam na construção de solução de problemas, contribuem com o desenvolvimento do controle das emoções, ajudam mediando situações conflituosas, além de muitas vezes suprir o afeto não correspondido pela família (Bierman, 2011; Farmer, McAuliffe Lines, & Hamm, 2011; Jiménez, 2008; Kindermann, 2011).

Considerando a díade professor-aluno no contexto escolar, a figura desse profissional tem sido estimada na literatura científica, como uma fonte de informação válida na avaliação comportamental do aluno, e conseqüentemente, no processo do estabelecimento do diagnóstico (Efstratopoulou, Janssen, & Simons, 2012; Guttmannova, Szanyi, & Cali, 2008). Afinal, é no ambiente estruturado de atividades programadas que os comportamentos destoantes dos parâmetros da normalidade tenderão a ficar em evidência (Bierman, 2011; Curtis et al., 2006; Farmer et al., 2011; Roig, 2011; Rudasill, Reio, Stipanovic, & Taylor, 2010; Sointu, Savolainen, Lappalainen, & Epstein, 2012).

A exemplo disso, com o objetivo de avaliar os comportamentos internalizantes, externalizantes e outros problemas de conduta, um estudo (Efstratopoulou et al., 2012) realizado na Grécia com uma amostra composta de pais, professores de educação física e 841 estudantes de 6 a 11 anos, utilizou três instrumentos, sendo eles o MBC (*Motor Behavior Checklist for Children*), CBCL (*Child Behavior Checklist for Parents*), e o TRF (*Teacher Report Inform*). O estudo constatou que os escores das crianças convergiram mais com os dos professores, uma vez comparados com as pontuações dos pais, sugerindo que os professores observam os comportamentos dos escolares de maneira mais sistemática (Efstratopoulou et al., 2012).

Um estudo realizado na Espanha (Bernedo, Salas, García-Martín, & Fuentes, 2012) utilizou o instrumento TRF para averiguar a partir do relato dos professores os problemas de comportamento em crianças e adolescentes adotados. Com uma amostra de 97 crianças e adolescentes, na faixa etária entre 5 e 17 anos, os pesquisadores constataram que as crianças e adolescentes, que tinham sofrido abuso físico ou sexual, apresentavam mais problemas de comportamento em ambos os gêneros, uma vez comparados as crianças que não sofreram tais abusos.

Também considerando-se o professor como um avaliador dos comportamentos dos alunos, no Brasil, realizou-se um estudo, a fim de serem investigados os problemas de comportamento mais evidentes nos alunos da 1ª a 4ª série de uma escola por meio do TRF (Pedrini & Frizzo, 2010). Os resultados sinalizaram que os professores indicaram maior manifestação dos problemas externalizantes que os internalizantes.

O TRF 6-18 (*Teacher Report Form*) para as idades de 6 a 18 anos, é um instrumento que integra o sistema psicométrico ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001), que possibilita a avaliação de um amplo espectro de problemas de comportamento em escolares a partir da perspectiva do professor (Achenbach et al., 2008; Azevêdo, 2012; Bordin et al., 2013). Os problemas de comportamento agrupam os sintomas internalizantes e externalizantes (Achenbach & Rescorla, 2001). Os internalizantes compreendem os comportamentos de ordem privada que se manifestam no próprio indivíduo, tais como os sintomas depressivos, queixas somáticas, ansiedade, timidez, e isolamento social (Achenbach & Rescorla, 2001; American Psychiatric Association, 2013; Soler, Alcántara, Fernández, Castro, & López Pina, 2010). Por outro lado, os externalizantes dirigem-se ao meio externo por meio de condutas desafiadores, antissociais, agressivas, hostis, disruptivas e impulsivas (Achenbach & Rescorla, 2001; American Psychiatric Association, 2013; López Soler et al., 2009).

Entre os transtornos mentais que apresentam maior incidência comórbida com os problemas de comportamento está o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Jacob et al., 2014; López Soler et al., 2009; Rivera et al., 2005; Roessner et al., 2007). O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que envolve padrões de comportamentos disfuncionais de desatenção, hiperatividade e impulsividade inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança, causando prejuízos na vida

peçoal, acadêmica e social que podem persistir até a vida adulta (American Psychiatric Association, 2013a; Bauermeister, 2014; Whitbourne & Halgin, 2015).

O TDAH é um dos transtornos crônicos mais comumente diagnosticado na idade escolar e nos serviços de atenção primária (Barkley, 2008; Bauermeister, 2014; Cardo et al., 2011). A literatura sinaliza que a sintomatologia clínica do TDAH pode evoluir de acordo com a idade do indivíduo (Faraone, Biederman, & Mick, 2006; Serrano-troncoso, Guidi, & Alda-Díez, 2013). No contexto escolar, por exemplo, uma revisão sistemática de 18 estudos longitudinais e prospectivos publicados no período de 1990 a 2006 (D'Abreu & Marturano, 2010), sinalizou que as crianças com o diagnóstico de TDAH estão mais vulneráveis a instabilidade ambiental, a problemas de comportamento e a pobre desempenho escolar.

Em relação ao TDAH e os problemas de comportamento no contexto escolar, são escassos na literatura científica estudos transculturais envolvendo professores como principal fonte de informação da conduta dos alunos, especialmente, estudos comparando o Brasil e a Espanha, países com cultura e características geográficas distintas. Estudos transculturais propiciam a discriminação da topografia dos comportamentos das pessoas que vivenciam culturas distintas (American Psychiatric Association, 2013a; Olatundun, 2009; Whitbourne & Halgin, 2015), permitindo identificar diferenças e semelhanças entre contextos o que contribui para a compreensão do papel da cultura sobre o fenômeno investigado (Olatundun, 2009).

Compreendendo a importância dos estudos transculturais, a presente pesquisa tem como objetivo identificar as semelhanças e diferenças na percepção de professores brasileiros e espanhóis no que tange aos problemas de comportamentos apresentados no TRF/6-18 de estudantes de duas amostras clínicas. Os objetivos específicos foram: a) Verificar se haverá diferença significativa em relação às Escalas de Internalização e

Externalização; b) Averiguar se haverá diferença significativa nos escores dos professores de ambas as nacionalidades no que corresponde as oito síndromes avaliadas pelo TRF.

Método

Trata-se de uma investigação documental do tipo exploratória-descritiva, retrospectiva e transversal, em que se recorreu a análise de prontuários de crianças e adolescentes entre os anos de 2013 e 2014 diagnosticados com TDAH em duas unidades clínicas de psicologia: A Unidade Clínica da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Virgen de la Arrixaca, vinculado à Universidad de Murcia na Espanha; e na Unidade de Psicologia do Serviço de Crescimento e Desenvolvimento CAMINHAR voltada para o atendimento infantil do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, incorporado à Universidade Federal do Pará, no Brasil.

Participantes

Foram revisados minuciosamente 751 prontuários na Espanha e 805 no Brasil. Destes, foram selecionados 13 na Unidade Hospitalar de Murcia e 24 na Unidade do Bettina. Com o cuidado de uniformizar a amostra, a seleção dos prontuários baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: o paciente de 6 a 18 anos deve apresentar o diagnóstico fechado de TDAH; o instrumento TRF/6-18 anos deve estar devidamente respondido pelo professor; o professor respondente deveria conhecer o escolar por pelo menos 2 meses, conforme determina o manual do instrumento (Achenbach & Rescorla, 2001).

Por sua vez, foram excluídos os prontuários que não registravam o diagnóstico de TDAH; prontuários sem o TRF/6-18; pacientes com TDAH e outras comorbidades; TRF/6-18 com mais de 8 itens em branco conforme consta no manual (Achenbach & Rescorla, 2001), como também, prontuários de pacientes que apresentavam apenas a

sintomatologia do transtorno, mas não cumpriam a todos os critérios estabelecidos no DSM-IV ou CID-10. A amostra total foi de $N= 37$ prontuários de crianças e adolescentes. Na Tabela 1 observa-se a caracterização sociodemográficas da amostra

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos escolares

	Brasil	Espanha	%
	N	N	
Sexo			
Feminino	4	1	13,5%
Masculino	20	12	86,5%
Total	24	13	100%
Faixa etária			
6-10 anos	18	12	81%
11-14 anos	5	2	19%
Total	23	14	100%

Contexto Escolar

Atualmente, a educação básica do sistema educativo escolar brasileiro apresenta o corte etário de 4 a 17 anos, e compõe-se de: educação infantil (4-5 anos), ensino fundamental (6-14 anos) e ensino médio (15 -17 anos). A amostra brasileira em questão, compreende o ensino fundamental.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Brasileira (LDB,1996) prevê o apoio especializado de acordo com a peculiaridade do estudante de educação especial, a fim de atender às suas necessidades, quando necessário. Como também, atendimento educacional em classes, escolas ou serviços especializados quando não for possível a integração desse educando em classe comum regular.

No tocante a Espanha, a educação básica apresenta o corte etário de 3 a 18 anos, dispondo da educação Infantil (3-6 anos); educação primária (6-12 anos); educação secundária (12-16 anos) e bacharelado (16 a 18 anos). A amostra espanhola se enquadra na educação primária e secundária.

A Lei de Orgânica de Educação Espanhola (Ley Orgánica, 2006) assegura a inclusão e igualdade afetiva no sistema educativo regular do estudante e flexibilização das etapas educativas, quando necessário. Como também, atendimento em unidades e classes especializadas quando a necessidade do educando não for assistida no sistema regular.

Instrumento

O TRF/6-18 é um instrumento destinado ao professor, compondo uma lista de 113 itens que avaliam os problemas de comportamento/emocionais e habilidades sociais, cujas respostas variam entre 0(zero) que equivale a comportamento ausente; 1(um) comportamento às vezes presente; e 2(dois) comportamento frequentemente presente (Achenbach & Rescorla, 2001). Os 113 itens geram escores em três escalas amplas que englobam oito síndromes, sendo elas: Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; Queixas somáticas; Problemas de sociabilidade; Problemas de pensamento; Problemas de atenção; Violação de regras; e Comportamento agressivo. As três primeiras síndromes (Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; Queixas somáticas) compõem a escala maior intitulada de Escala de Internalização, as duas últimas (violação de regras e comportamento agressivo) compõem a Escala de Externalização, e as duas síndromes (Problemas de pensamento e Problemas de atenção) integram a escala ampla de Outros Problemas (Achenbach & Rescorla, 2001).

Implicações éticas

Com o compromisso de manter o caráter confidencial e sigiloso dos dados, solicitou-se a autorização do Comitê de Ética do Hospital Virgen de la Arrixaca (CEIC Virgen de la Arrixaca), do qual se recebeu o parecer favorável (*DICTAMEN FAVORABLE*) na Ata 08/15 para a coleta de dados. Repetiu-se o mesmo procedimento no Hospital Bettina Ferro de Souza, onde submeteu-se a solicitação de autorização no Comitê de Ética do Núcleo em Medicina Tropical da UFPA, obtendo-se assim a liberação por meio do Protocolo CAAE 45316515.3.0000.5172.

Análise dos dados

Na análise descritiva foram elaboradas tabelas contendo valores absolutos e relativos. Foram aplicados os testes Shapiro-Wilk e o de Levene para testar os pressupostos de Normalidade, seguidos do teste *t* de *Student* e Análise de Variância (ANOVA) para a comparação das médias, considerando o nível de significância $\alpha = 0,05$. Para a construção do banco de dados utilizou-se o programa estatístico *SPSS 22.0* (*Statistical Package for Social Science*) na versão 22.0. E as respostas do TRF foram avaliadas por meio do software *Assessment Data Manager* (*ADM 7.2b*).

Resultados

Na análise total dos escores do TRF foram considerados satisfatórios os testes Shapiro-Wilk e o de Levene. Na Tabela 2 observa-se a caracterização dos escores apresentados pelos professores brasileiros e espanhóis por meio do Test T independente e ANOVA.

Tabela 2. Escores do TRF por país

Síndromes/Escalas	Brasil (N=24)	Espanha (N=13)	<i>F</i>	<i>P</i>
	Média (DP)	Média (DP)		
Ansiedade/Depressão	5,83(4,371)	6,08(3,883)	0,028	0,868
Retraimento/Depressão	4,83(3,144)	4,31(3,301)	0,228	0,636
Queixas Somáticas	1,71(1,829)	2,08(1,935)	0,329	0,570
Problemas de Sociabilidade	4,38(3,512)	7,08(4,192)	4,357	0,044*
Problemas de Pensamento	2,63(2,763)	3,23(2,127)	0,471	0,497
Problemas de Atenção	23,25(8,674)	31,54(9,980)	6,930	0,013*
Violação de Regras	3,33(3,679)	3,69(3,594)	0,097	0,757
Comportamento Agressivo	10,67(10,120)	14,08(9,287)	1,012	0,321
Escala de Internalização	12,38(7,282)	12,46(7,468)	0,001	0,973
Escala de Externalização	14,00(13,322)	17,77(11,439)	0,742	0,395

* $p < 0,05$ (Teste *t* de Student)

Em termos gerais, embora a amostra espanhola (N=13) fosse inferior a brasileira (N=24), mesmo não alcançando um nível de significância, verificou-se que na maioria das síndromes (ver Tabela 2), os escores obtidos pelos professores espanhóis em relação aos problemas de comportamento elencados no TRF, foram superiores aos dos brasileiros.

As síndromes e Escalas (ver Tabela 2) que apresentaram maiores escores coincidentemente em ambos os países foram: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Problemas de Sociabilidade, Problemas de Atenção, Comportamentos Agressivo, Escala de Internalização e Externalização. Ao passo que, os que sinalizaram os menores escores foram: Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento e Violação de Regras. Tais dados possivelmente sugerem que os professores dos dois países, percebem um repertório comportamental semelhante nos alunos com o diagnóstico de TDAH.

Em relação à variável país (ver Tabela 2), encontraram-se diferenças significativas apenas em duas síndromes: Problemas de Sociabilidade e Problemas de Atenção. Na síndrome de Problemas de sociabilidade, os escores dos professores espanhóis ($M=7,08$, $DP=4,192$) sobressaíram-se significativamente ao dos brasileiros ($M=4,38$ $DP=3,512$), $t=2,087$, $p<0,05$. Este resultado indica maior tendência dos professores espanhóis observarem comportamentos aversivos no contexto social, e dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais por parte dos alunos com TDAH.

Por sua vez, na síndrome de Problemas de Atenção (ver Tabela 2), a média apresentada pelos professores espanhóis ($M=31,54$ $DP=9,980$) foi significativamente superior à média dos brasileiros ($M=23,25$ $DP=8,674$), $t=2,632$, $p<0,05$, sugerindo que os professores espanhóis examinam com mais frequência os problemas de atenção dos estudantes em atividades que demandam o sustento da atenção, uma vez comparados aos professores brasileiros.

Discussão

Estudos transculturais são relevantes na compreensão das expressões comportamentais dos indivíduos em diferentes contextos ambientais (Cole, 2003; Olatundun, 2009; Valsiner, 2012). Apesar da importância desses estudos, a escassez de investigações científicas, tendo os professores como informantes, se constitui um dos principais entraves na análise dos resultados. Com o objetivo de preencher essa lacuna, o presente estudo comparou os problemas de comportamento em escolares com o diagnóstico de TDAH sob a perspectiva de professores brasileiros e espanhóis.

A análise exploratória-documental do instrumento TRF/6-18 anos das duas amostras clínicas independentes permitiu verificar alguns padrões comportamentais apontados por outros estudos que utilizaram diferentes instrumentos de rastreamento, como também, sintomas percebidos com diferenças significativas nos dados da amostra espanhola em comparação aos escores obtidos com os professores brasileiros.

Os resultados sinalizaram que tanto nas escalas amplas de Internalização e Externalização, quanto nas síndromes que integram tais escalas (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão e Comportamentos agressivo), os escores foram relativamente similares entre o Brasil e a Espanha, não alcançando, portanto, nível de significância. Tais resultados corroboram com o estudo realizado em Porto Rico (Rivera et al., 2005) o qual teve o professor como um dos informantes, apontou que os problemas internalizantes e externalizantes são mais acentuados nos alunos com TDAH (Rivera et al., 2005). Como também, com a pesquisa desenvolvida no Irã (Eimani-oshnari, Amiri-majd, & Babakhany, 2014), que sinalou altos escores de problemas de comportamento nas crianças com TDAH, tendo também os professores como um dos principais informantes dos comportamentos das 55 crianças de 7 a 12 anos.

Outro dado a se salientar, foi que, embora não se tenha alcançado diferença significativa entre as Escalas de Externalização e Internalização, os escores da Escala de Externalização foram superiores em ambos os países. Este dado é coerente com a literatura ao apontar que os problemas externalizantes são mais sobressalentes nos indivíduos com TDAH (Jacob et al., 2014; López Soler et al., 2009; Roessner et al., 2007; Schoemaker et al., 2013; Tureck et al., 2013).

Os problemas externalizantes evidentes nos dois países refletem a violência e agressividade interpessoal tanto na relação professor-aluno quanto na relação entre pares, comportamentos antissociais, indisciplina, hostilidade, rebeldia, indiferença à figura do professor, irritabilidade, mentira, inquietação psicomotora, entre outros (Achenbach & Rescorla, 2001; Pedrini & Frizzo, 2010; Trianes Torres, Sánchez, & Muñoz Sánchez, 2001). Alguns pesquisadores sinalizam que são os comportamentos mais frequentemente percebidos pelos professores devido aos conflitos e prejuízos que podem causar no ambiente escolar, uma vez comparados aos problemas internalizantes que são de ordem privada (Alves et al., 2008; Bauermeister, 2014; Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira, & Manfrinato, 2006; Efstratopoulou et al., 2012; Pedrini & Frizzo, 2010; Trianes Torres et al., 2001).

Em termos de significância, os resultados apontaram diferenças significativas nas síndromes de Problemas de Sociabilidade e Problemas de Atenção em que escores dos professores espanhóis sobrepujaram ao dos brasileiros. Essa discrepância possivelmente está relacionada ao contexto escolar de ambos os países. No Brasil, por exemplo, o baixo nível salarial dos professores, as longas jornadas de trabalho para uma melhor remuneração, a defasagem das condições de trabalho, o estresse ocupacional, distúrbios de voz, entre outras variáveis, podem interferir na observação acurada dos professores em relação aos comportamentos dos alunos (Canova & Porto, 2010; Dieguez, 2007;

Gasparini, Barreto, & Assunção, 2005; Giannini, Latorre, & Ferreira, 2012; Koga et al., 2015).

Em relação aos problemas de sociabilidade, considera-se que a competência social é imprescindível no processo de adaptação da criança nas interações afetivas com os outros, abrangendo valores sociais, autocontrole, planejamento, tomada de decisões, autoimagem e competência cultural (Alves et al., 2008; Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2013; Kostelnik, Gregory, Soderman, & Whiren, 2012). A literatura aponta que o êxito e a motivação escolar estão relacionados às habilidades sociais e emocionais, visto que, a criança apresentará dificuldades na resolução de problemas das atividades escolares se não tiver uma boa relação com seus pares, e se não souber autorregular as suas emoções (Bauermeister, 2014; Zins, Bloodworth, Weissberg, & Walberg, 2007).

Problemas de sociabilidade podem estar relacionados a exclusão social. A exemplo disso, um estudo realizado na Espanha (Mata, Conrado, & Calero, 2016) com 126 adolescentes de 13 a 17 anos, por meio de instrumentos de socialização e problemas interpessoais, constatou que os adolescentes que viviam em ambientes com risco de exclusão social apresentaram mais problemas de comportamento e pobre repertório de habilidades sociais.

Por sua vez, no Brasil, um estudo (Alves et al., 2008) avaliou a influência do treino das habilidades sociais na relação díade professor-aluno utilizando o TRF e o YSR (*Yulf Self Report*). A amostra foi composta de 113 alunos e 4 professores. Os pesquisadores averiguaram que antes e após o treinamento, os professores não identificaram problemas na faixa clínica por parte dos alunos. Enquanto que, os alunos antes do treinamento se percebiam pior do que os professores os viam, avaliação que mudou após o treinamento. Os pesquisadores apontaram que possivelmente a desmotivação por parte dos professores com as precárias condições de trabalho, podem

ter influenciado nos resultados dos testes, que discordavam da verbalização dos próprios professores em relação ao comportamento dos alunos (Alves et al., 2008).

No que tange à síndrome de Problemas de Atenção, a diferença nos escores possivelmente estiveram relacionadas ao estilo de vida dos professores brasileiros, a sobrecarga de papéis, a pobre infraestrutura do ambiente de trabalho, e ao excesso de alunos em sala de aula (Dieguez, 2007; Gasparini et al., 2005; Pedrini & Frizzo, 2010). Uma vez que, para se identificar os problemas de atenção nos alunos, serão necessárias mais proximidade e ambiente mais estruturado de avaliação.

Com base no discorrido, observa-se como os problemas de comportamento podem interferir no desenvolvimento da criança no contexto da sala de aula, ainda mais quando esta apresenta o diagnóstico de TDAH, transtorno que compromete o funcionamento das funções executivas, repercutindo no comprometimento da memória de trabalho, na autorregulação das emoções, na capacidade de planejamento, na perseverança da resolução de problemas e na motivação de permanecer na escola (Abad-mas et al., 2011; Vélez-van-Meerbeke et al., 2013).

Considerações finais

A principal contribuição deste estudo foi comparar a percepção de professores residentes em diferentes países, e constatar que independentemente das características geográficas e diferenças culturais, vários comportamentos foram identificados de maneira similar nos indivíduos com o diagnóstico de TDAH. Fato que sinaliza um determinado padrão comportamental em relação à comorbidade de problemas de comportamento com o TDAH, conforme aponta a literatura científica. Demonstra-se, assim, que os professores são observadores e informantes válidos no que tange ao comportamento dos alunos no ambiente escolar.

Não obstante, algumas limitações necessitam ser apontadas: Primeiro, as amostras clínicas em ambos os países não representam a população escolar geral do Brasil e da Espanha. Segundo, realizar estudos transculturais demanda tempo e trâmites burocráticos das unidades de pesquisas, variáveis que interferem diretamente na coleta de dados. Terceiro, a amostra do estudo foi predominantemente masculina, por isso não se analisou o efeito do gênero na incidência dos problemas de comportamentos. De igual modo, devido à desigualdade na faixa-etária entre crianças e adolescentes não se realizaram comparações estatísticas entre os grupos.

Sugere-se para futuras pesquisas a comparação do nível de concordância entre pais e professores, como também a verificação do efeito do gênero nos problemas de comportamento.

Referências

- Abad-mas, L., Ruiz-andrés, R., Moreno-madrid, F., Sirera-conca, M. Á., Cornesse, M., Delgado-mejía, I. D., & Etchepareborda, M. C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), 77–83.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 251–275. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. . (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University

of Vermont.

Alves, D., Maria, S., Ferreira, A. E., Silvaes, M., Neste, R., Sociais, H., ... Report, Y.

S. (2008). Influência do Treino em Habilidades Sociais na relação professor-aluno: uma contribuição psicopedagógica para professores. *Revista ACOALFAplp: Acolhendo a Alfabetização Nos Países de Língua Portuguesa*, 3(5), 68–90.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Am. Psychi). Washington: Am. Psychiatr. Publ. 4th ed., text rev.

Azevêdo, P. V. B. e. (2012). *Prevalência de Problemas de Saúde Mental em População de Crianças e Adolescentes Indígenas Karajá da Amazônia Brasileira*.

Universidade Federal de Goiás.

Barkley, R. A. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distraído ¿Me conoces?* (3ª). New York: The Guilford Press.

Bernedo, I. M., Salas, M. D., García-Martín, M. A., & Fuentes, M. J. (2012). Teacher assessment of behavior problems in foster care children. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 615–621. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.003>

Bierman, K. L. (2011). The promise and potential of studying the “invisible hand” of teacher influence on peer relations and student outcomes: A commentary. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(5), 297–303.

<http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.004>

Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A., & Manfrinato, J. W. S. (2006).

Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré- Escolares :

Comparando Avaliações de Mães e de Professoras Preschooler ' s Social Skills and Behavior Problems : Comparison between Mother and Teacher Assessments.

- Psicologia: Reflexão E Crítica*, 19(3), 460–469. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300015>
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveira, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self- Report (YSR) and Teacher ' s Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian. *Cad Saucide Publica*, 29(1), 13–28.
- Canova, K. R., & Porto, J. B. (2010). O impacto dos valores organizacionais no estresse ocupacional: um estudo com professores de ensino médio. *Revista de Administração Mackenzie (Online)*, 11(5), 4–31. <http://doi.org/10.1590/S1678-69712010000500002>
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., Azua, B., Redondo, M., & Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), 109–117.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21(2), 171–196. <http://doi.org/10.1521/scpq.2006.21.2.171>
- D'Abreu, L. C. F., & Marturano, E. M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 43–51.
- Dieguez, F. (2007). Professores, elo frágil da educação. *Estudos Avançados*, 21(60), 105–115. <http://doi.org/10.1590/S0103-40142007000200008>
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência* (3ª). Porto Alegre: Artmed.
- Efstratopoulou, M., Janssen, R., & Simons, J. (2012). Agreement among physical

- educators, teachers and parents on children's behaviors: A multitrait-multimethod design approach. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1343–1351.
<http://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.03.015>
- Eimani-oshnari, M., Amiri-majd, M., & Babakhany, V. (2014). A Comparison of emotional and behavioral problems in children with ADHD at home and school. *J Anal Res Clin Med*, 2(2), 64–70. <http://doi.org/10.5681/jarcm.2014.011>
- Faraone, S. V, Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(May 2005), 159–165.
<http://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Farmer, T. W., McAuliffe Lines, M., & Hamm, J. V. (2011). Revealing the invisible hand: The role of teachers in children's peer experiences. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(5), 247–256.
<http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.006>
- Fernández-Daza, M. P., & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 1. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp>
- Gasparini, S. M., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2005). O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação E Pesquisa*, 31(2), 189–199.
<http://doi.org/10.1590/S1517-97022005000200003>
- Giannini, S. P. P., Latorre, M. do R. D. de O., & Ferreira, L. P. (2012). Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente : um estudo caso-controlê Voice disorders related to job stress in teaching : a case-control study. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11), 2115–2124. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100011>

- Guttmanova, K., Szanyi, J. M., & Cali, P. W. (2008). Internalizing and Externalizing Behavior Problem Scores. *Educational and Psychological Measurement, 68*(4), 676–694. <http://doi.org/10.1177/0013164407310127>
- Jacob, C., Gross-Lesch, S., Jans, T., Geissler, J., Reif, A., Dempfle, A., & Lesch, K. P. (2014). Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord, 6*, 101–110. <http://doi.org/10.1007/s12402-014-0128-z>
- Jiménez, E. P. (2008). El papel del profesorado en la actualidad. Su función docente y social. *Foro de Educación, 1*(10), 325–345. <http://doi.org/ISSN:1698-7799>
- Kindermann, T. A. (2011). Commentary: The invisible hand of the teacher. *Journal of Applied Developmental Psychology, 32*(5), 304–308. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.005>
- Koga, G. K. C., Melanda, F. N., Santos, H. G. dos, Sant'Anna, F. L., González, A. D., Mesas, A. E., & Andrade, S. M. de. (2015). Fatores associados a piores níveis na escala de Burnout em professores da educação básica. *Cadernos Saúde Coletiva, 23*(3), 268–275. <http://doi.org/10.1590/1414-462X201500030121>
- López Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M. V., Fernández Fernández, V., López Pina, J. A., López-Soler, C., ... López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema, 21*(3), 353–358. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3024951&orden=219384&info=link>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3024951>
- Marjorie, J. ., Gregory, K. ., Soderman, A. ., & Whiren, A. . (2012). *Guia de aprendizagem e desenvolvimento social da criança* (7ª edição). São Paulo: Cengage Learning.
- Mata, S., Conrado, M., & Calero, M. . (2016). Sociabilidad y problemas de conducta en

- Adolescentes con riesgo de exclusión social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(1), 127–139.
- Olatundun, I. O. (2009). What is Cross-cultural Research? *International Journal of Psychological Studies*, 1(2), 82–96. <http://doi.org/10.5539/ijps.v1n2p82>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (Editora Artes Médicas, Ed.). Porto Alegre.
- Pedrini, J. R., & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*, (33), 1–11.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Rivera, O. ., Martínez, A., & Pérez, J. (2005). Comparación de la sintomatología internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con y sin trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16, 27–50.
- Roessner, V., Becker, A., Rothenberger, A., Rohde, L. ., & Banaschewski, T. (2007). A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD / HD using the Child Behavior Checklist. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 352–359. <http://doi.org/10.1007/s00406-007-0738-y>
- Roig, J. L. S. (2011). *Teacher expectations of children with mental illness in the schools*. University of Kentucky UKnowledge. University of Kentucky. Retrieved from http://oxfordfx.hosted.exlibrisgroup.com/oxford?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+th

eses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=Teacher+expectations+of+children+with+men

- Rudasill, K. M., Reio, T. G., Stipanovic, N., & Taylor, J. E. (2010). A longitudinal study of student-teacher relationship quality, difficult temperament, and risky behavior from childhood to early adolescence. *Journal of School Psychology, 48*(5), 389–412. <http://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.05.001>
- Schoemaker, K., Mulder, H., Dekovi, M., Bennett, D. S., Marini, V. A., Berzenski, S. R., ... Engels, R. C. M. E. (2013). Externalizing Problems in Late Childhood as a Function of Prenatal Cocaine Exposure and Environmental Risk, *247*(January 2011), 239–247. <http://doi.org/10.1177/0165025413490865>
- Serrano-troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. a. (2013). ¿ Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH, *41*(1), 44–51.
- Sointu, E. T., Savolainen, H., Lappalainen, K., & Epstein, M. H. (2012). Parent, Teacher and Student Cross Informant Agreement of Behavioral and Emotional Strengths: Students With and Without Special Education Support. *Journal of Child and Family Studies, 21*(4), 682–690. <http://doi.org/10.1007/s10826-011-9520-x>
- Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J. a. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología, 26*(2), 325–334. <http://doi.org/10.6018/analesps.26.2.109301>
- Trianes Torres, V., Sánchez, A. S., & Muñoz Sánchez, Á. (2001). Educar la convivencia como prevención de violencia interpersonal: perspectivas de los profesores. *Revista*

Interuniversitaria de Formación Del Profesorado, (11), 73–93. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404106.pdf>

Tureck, K., Matson, J. L., May, A., & Turygin, N. (2013). Externalizing and tantrum behaviours in children with ASD and ADHD compared to children with ADHD. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(February), 52–57. <http://doi.org/10.3109/17518423.2012.719245>

Vélez-van-Meerbeke, a., Zamora, I. P., Guzmán, G., Figueroa, B., López Cabra, C. a., & Talero-Gutiérrez, C. (2013). Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 28(6), 348–355. <http://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.011>

Whitbourne, S. ., & Halgin, R. . (2015). *Psicopatología: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: AMGH.

World Health Organization. (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The Scientific Base Linking Social and Emotional Learning to School Success. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17(2–3), 191–210.

Capítulo 5. Considerações finais da Tese

O diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade é uma realidade comprovadamente atestada pelos diversos estudos de prevalência realizados em todos os continentes, como se pode observar no estudo 1. Embora as estimativas de prevalência variem em função das características metodológicas utilizadas pelos pesquisadores, observa-se pelos dados encontrados na literatura científica, que os prejuízos causados pelo transtorno no desenvolvimento do indivíduo independem da cultura e localização geográfica.

A estruturação desta tese baseou-se em primeiro lugar na investigação do transtorno em nível mundial por meio dos estudos de prevalência. Os resultados do estudo 1 apontaram consideráveis taxas de prevalência do TDAH na população infanto-juvenil, corroborando com estudos que demonstram que o transtorno é um problema de saúde pública que necessita da intervenção emergencial dos órgãos competentes de saúde na elaboração de políticas públicas.

Ao se analisar os métodos empregados nos estudos, constatou-se que as estimativas de prevalência variaram em função do informante (pais ou professor) dos sintomas do TDAH, principalmente, quando o sujeito com o diagnóstico se tratava de uma criança. Como também, atentou-se para as sugestões dos autores sobre a possibilidade de se verificar as comorbidades associadas ao TDAH.

Partindo-se dessas observações e da oportunidade de se relacionar com pacientes com TDAH em outra cultura, no caso a Espanha, delimitou-se o estudo 2 com o objetivo de se comparar os principais prejuízos observados durante o processo diagnóstico, por intermédio dos instrumentos psicológicos utilizados na unidade

hospitalar do Brasil e na unidade da Espanha. Entretanto, esbarrou-se na validação e adaptação dos instrumentos nos dois países, a saber, por exemplo, na unidade hospitalar da Espanha, no processo diagnóstico se avalia as funções executivas por meio do ENFEN (*Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas*), teste ainda não validado no Brasil, entre outros.

Em vista disso, decidiu-se comparar os dados obtidos com instrumentos padronizados e validados nos dois países a fim de se verificar a influência da cultura na percepção dos respondentes, a saber: o CBCL (instrumento aplicado aos pais) analisado no estudo 2, e o TRF (instrumento aplicado ao professor) analisado no estudo 3. Tais instrumentos têm a sua validade e eficácia reconhecida em diversos países ao redor do mundo.

A originalidade da obra consiste em comparar o comportamento de crianças e adolescentes, por meio do relato de mães e professores de duas nacionalidades situadas em continentes diferentes, e encontrar por meio da análise exploratória documental, sintomas semelhantes e diferentes em duas amostras clínicas completamente independentes.

Considerando-se que a cultura é dinâmica e envolve as normas que irão influenciar nos padrões comportamentais socialmente aceitos, a principal contribuição desta tese foi trazer à tona a interpretação dos problemas de comportamentos em crianças e adolescentes com TDAH, por intermédio da comparação transcultural entre o Brasil e a Espanha. Ao comparar os dois países, se acessou a cultura por meio dos relatos das mães e professores, respondentes reconhecidos na literatura como os principais mediadores dos dois ambientes fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo, o familiar e o escolar.

Compreendendo que é mister que o profissional da saúde analise o grau de identificação do indivíduo com a sua cultura, o presente trabalho oferece um quadro da cultura da cidade de Murcia na Espanha, e da cidade de Belém, no Brasil. Servindo, assim de possível suporte ilustrativo sobre a cultura dessas regiões no processo diagnóstico para esses profissionais, como também, de auxílio para futuras pesquisas na área.

As mães e os professores, na condição de informantes válidos dos instrumentos de rastreamento, forneceram uma visão geral de dois ambientes onde a criança e o adolescente vivenciam a maior parte do seu tempo, o familiar e o escolar. Na comparação entre os dois países, observaram-se similaridades e diferenças comportamentais, a saber:

Na perspectiva das mães respondentes no estudo 2, os altos escores encontrados nos problemas externalizantes, sugerem que tanto na Espanha como no Brasil, as mães percebem de maneira mais acentuada os comportamentos que se manifestam no ambiente de maneira aversiva e desajustada, sugerindo que em ambas as culturas, tais comportamentos são considerados disfuncionais. Este resultado sinaliza que os comportamentos considerados culturalmente anormais, não diferiram nos dois países, apesar das diferenças geopolíticas. Conforme se discutiu no artigo supracitado, tal resultado corrobora com os estudos que indicam ser esse o padrão dos problemas de comportamento que são comórbidos com o TDAH.

Por outro lado, em relação aos problemas internalizantes, houve diferença significativa nas médias encontradas, cujas mães brasileiras sobressaíram-se em comparação com as espanholas, precisamente nas síndromes de Retraimento/depressão e Queixas somáticas que compõem a Escala de Internalização. Tal resultado indica que na cultura brasileira, principalmente no contexto familiar, comportamentos como os que

são avaliados pelo instrumento: retraimento, timidez, tristeza, dores, náuseas, pesadelos, dores estomacais, entre outros (Achenbach & Rescorla, 2001), contrastam com a normalidade comportamental de acordo com as concessões sociais brasileiras.

Em relação ao estudo 3, de acordo com a perspectiva dos professores, os resultados apontaram falta de significância nos problemas internalizantes e externalizantes nos dois países, sugerindo que em ambas as culturas, no ambiente estruturado de sala de aula, tais comportamentos destoam da normalidade, assim como, das práticas e regras estabelecidas no contexto escolar. Por sua vez, no que tange à Síndrome de Problemas de Sociabilidade, os professores espanhóis sinalizaram mais desconforto quando comparados aos brasileiros, indicando que na cultura espanhola, a dificuldade de socialização é mais evidenciada no ambiente escolar.

Não obstante, como qualquer outro estudo, convém mencionar as suas limitações, dentre elas, está o fato de ser um estudo exploratório documental baseado em apenas dois instrumentos (CBCL e TRF), em que não se acessou diretamente os sujeitos, como também, a ausência de grupo controle. É importante salientar que tais resultados não representam a população geral de ambos os países, portanto, não podem ser generalizados.

Como sugestões para futuras pesquisas, sugere-se a comparação do nível de concordância entre pais e professores, como também, a inserção do grupo controle, a fim de se comparar a população clínica e a não clínica.

Referências

- Abad-mas, L., Ruiz-andrés, R., Moreno-madrid, F., Sirera-conca, M. Á., Cornesse, M., Delgado-mejía, I. D., & Etchepareborda, M. C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), 77–83.
- Abdekhodaie, Z., Tabatabaei, S. M., & Gholizadeh, M. (2012). The investigation of ADHD prevalence in kindergarten children in northeast Iran and a determination of the criterion validity of Conners' questionnaire via clinical interview. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 357–361. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.006>
- Aboitiz, F., Ossandón, T., Zamorano, F., & Billeke, P. (2012). Balance en la cuerda floja : la neurobiología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *Rev Med Clin Condes*, 23(5), 559–565. [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70350-4](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70350-4)
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 251–275. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. . (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont.
- Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2006). *Manual for the assessment data manager program (ADM)* (VT). Burlington.

- Ajinkya, S., Kaur, D., Gursale, A., & Jadhav, P. (2012). Prevalence of Parent-Rated Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Parent-Related Factors in Primary School Children of Navi Mumbai—A School Based Study. *The Indian Journal of Pediatrics*, *80*(March), 207–210. <http://doi.org/10.1007/s12098-012-0854-1>
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, a., & Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurologia*, *47*(1), 39–45.
- Alloway, T., Elliott, J., & Holmes, J. (2010). The prevalence of ADHD-like symptoms in a community sample. *Journal of Attention Disorders*, *14*(1), 52–56. <http://doi.org/10.1177/1087054709356197>
- Alqahtani, M. M. J. (2010). Attention-deficit hyperactive disorder in school-aged children in Saudi Arabia. *European Journal of Pediatrics*, *169*(9), 1113–1117. <http://doi.org/10.1007/s00431-010-1190-y>
- Alvarez, C. V., & Claros, J. a V. (2012). Trastorno por Deficit de Atencion e Hiperactividad (TDAH), una problematica a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Publica*, *14*(2), 113–128. <http://doi.org/10.1590/S0124-00642012000800010>
- Alvarez, C. V., Claros, J. a V., Barkley, R. A., Huss, M., Hölling, H., Kurth, B. M., ... Rafalovich, A. (2008). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *26*(4), 396–432. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00267-2](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00267-2)
- Alves, D., Maria, S., Ferreira, A. E., Silvaes, M., Neste, R., Sociais, H., ... Report, Y. S. (2008). Influência do Treino em Habilidades Sociais na relação professor-aluno: uma contribuição psicopedagógica para professores. *Revista ACOALFAplp*:

- Acolhendo a Alfabetização Nos Países de Língua Portuguesa*, 3(5), 68–90.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Am. Psychi). Washington: Am. Psychiatr. Publ. 4th ed., text rev.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition TR*.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Am. Psychi). Washington: Am. Psychiatr. Publ. 4th ed., text rev.
- American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. *American Psychiatric Association, Washington*.
<http://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525>
- Amiri, S., Fakhari, A., Maheri, M., & Mohammadpoor Asl, A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder in primary school children of Tabriz, North-West Iran. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(6), 597–601.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2010.01145.x>
- Araújo, A. ., & Neto, F. . (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, XVI(1), 67–82.
- Araujo, E. A. (2012). Diferencias de la Función Ejecutiva en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y en sintomatologías asociadas, 1–178.
- Archenbach, T., & Edelbrock, C. . (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. (University). Burlington: Departament of Psychiatric.
- Arias, V. (2012). *Sintomatología hiperactiva en niños de 5 a 7 años: Calibración de dos instrumentos de evaluación mediante modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems*. Salamanca. Retrieved from

http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/115552/1/DPETP_Arias_Gonzalez_VB_SintomatologiaHiperactivaEnNinos.pdf

Azevêdo, P. V. B. e. (2012). *Prevalência de Problemas de Saúde Mental em População de Crianças e Adolescentes Indígenas Karajá da Amazônia Brasileira*. Universidade Federal de Goiás.

Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(3), 237–257. <http://doi.org/10.1007/s00787-010-0090-z>

Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637–44. <http://doi.org/10.1542/peds.2012-2354>

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. (The Guilfo). London.

Barkley, R. A. (2008). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R. a., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L., Catalá-López, F., ... Alda-Díez, J. a. (2006). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Psychological Medicine*, 3(2), 1436–1441. <http://doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525>

Barkley, R., & Cox, D. (2007). A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *Journal of Safety Research*, 38(1), 113–128. <http://doi.org/10.1016/j.jsr.2006.09.004>

Barkley, R., Guevremont, D. C., Anastopoulos, a D., & Fletcher, K. E. (1992). A

- comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 450–462. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.450>
- Barkley, R., & Murphy, K. R. (2011). The nature of Executive Function (EF) deficits in daily life activities in adults with ADHD and their relationship to performance on EF tests. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 137–158. <http://doi.org/10.1007/s10862-011-9217-x>
- Bauermeister, J. J. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido ¿Me conoces?* (3ª). New York: The Guilford Press.
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., ... Canino, G. (2007). ADHD Correlates, Comorbidity, and Impairment in Community and Treated Samples of Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 883–898. <http://doi.org/10.1007/s10802-007-9141-4>
- Bechtold, D. J., Bhawuk, D. P. S., & Lee, R. W. B. J. A. (2002). Estudios transculturales en comportamiento organizacional y del consumidor. *Boletín de Psicología*, (76), 77–107.
- Benavente, I. M. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad : clínica y diagnóstico . *Rev Psiquiatr Psicol Niño Y Adolesc*, 4(1), 92–102.
- Bener, A., Al Qahtani, R., Teebi, A. S., & Bessisso, M. (2008). The prevalence of attention deficit hyperactivity symptoms in schoolchildren in a highly consanguineous community. *Medical Principles and Practice*, 17(6), 440–446. <http://doi.org/10.1159/000151564>
- Bener, A., Qahtani, R. Al, & Abdelaal, I. (2006). The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. *Journal of Attention Disorders*,

- 10(1), 77–82. <http://doi.org/10.1177/1087054705284500>
- Benito Moraga, R. (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida.*
- Bernedo, I. M., Salas, M. D., García-Martín, M. A., & Fuentes, M. J. (2012). Teacher assessment of behavior problems in foster care children. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 615–621. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.12.003>
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications.* Cambridge University Press. <http://doi.org/10.1177/0022022191221002>
- Bes-Rastrollo, M., & Martínez-González, M. Á. (2006). Ventajas y limitaciones de los grandes estudios epidemiológicos de seguimiento en nutrición. *Endocrinología Y Nutrición*, 53(8), 479–483. [http://doi.org/10.1016/S1575-0922\(06\)71136-6](http://doi.org/10.1016/S1575-0922(06)71136-6)
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, a., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42, 639–646. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
- Bierman, K. L. (2011). The promise and potential of studying the “invisible hand” of teacher influence on peer relations and student outcomes: A commentary. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(5), 297–303. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.004>
- Biswas, J., Gangadhar, B. N., & Keshavan, M. (2016). Cross cultural variations in psychiatrists’ perception of mental illness: A tool for teaching culture in

- psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 1–7.
<http://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.05.011>
- Bolsoni-silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento : um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, V(2), 91–103.
- Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A., & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré- Escolares : Comparando Avaliações de Mães e de Professoras Preschooler ' s Social Skills and Behavior Problems : Comparison between Mother and Teacher Assessments. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 19(3), 460–469. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300015>
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V, Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silves, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self- Report (YSR) and Teacher ' s Report Form (TRF) : an overview of the development of the original and Brazilian. *Cad Saucide Publica*, 29(1), 13–28.
- Borsa, J. ., & Nunes, M. L. . (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil por meio do CBCL. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 317–330. <http://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200009>
- Borsa, J. ., & Nunes, M. L. . (2011a). Prevalence of behavior problems in a sample of school. *Aletheia*, 34, 1–11.
- Borsa, J. ., & Nunes, M. L. . (2011b). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia*, 34, 1–11.
- Borsa, J. ., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia:*

Teoria E Pratica, 13(2), 15–29.

- Brewis, A., Schmidt, K., & Casas, C. A. S. (2003). Cross-cultural study of the childhood developmental trajectory of attention and impulse control. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 174–181. <http://doi.org/10.1080/0165025024400173>
- Caliman, L. . (2008). O TDAH: Entre as funcoes, disfuncoes e otimizacao da atencao. *Psicologia Em Estudo, Maringá*, 13(3), 559–566.
- Caliman, L. . (2010). Notas sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. *Psicologia Ciência E Profissão*, 30(1), 45–61.
- Canova, K. R., & Porto, J. B. (2010). O impacto dos valores organizacionais no estresse ocupacional: um estudo com professores de ensino médio. *Revista de Administração Mackenzie (Online)*, 11(5), 4–31. <http://doi.org/10.1590/S1678-69712010000500002>
- Cardo, E., & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurologia*, 46(6), 365–372.
- Cardo, E., Servera, M., & Llovera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), 10–14.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., Azua, B., Redondo, M., & Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Rev Neurol*, 52(Supl 1), 109–117.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., & Catalá, M. a. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of

epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12(1), 168. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>

Ciappon, A. (2010). Artículo Especial: Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología (primera parte) Critical appraisal guide of observational studies in epidemiology (first part). *Evidencia. Actualización En La Práctica Ambulatoria*, 13(4), 135–140. Retrieved from www.foroaps.org/files/1340ad86707f80da800b750a285777ea.pdf

Cole, M. (2003). *Psicología cultural* (2ª). Madrid: Morata.

Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. De, Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428–431. <http://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., ... Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista De Neurología*, 40(12), 716–722.

Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422–433. <http://doi.org/doi:10.1016/j.ejpn.2012.01.009>

Cubero, M. (2005). Un análisis cultural de los procesos perceptivos. *Anuario de Psicología*, 36(3), 261–280.

Cubero Venegas, C. M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Actualidades Investigativas En Educación*, 6(1).

Cunill, R., & Xavier, C. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clin*, 144(8), 370–375. <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.025>

- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21(2), 171–196. <http://doi.org/10.1521/scpq.2006.21.2.171>
- D'Abreu, L. C. F., & Marturano, E. M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 43–51.
- Dalgalarrodo, P. (2014). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (2ª)*. Porto Alegre: Artmed.
- Delgado-mejía, I. D., & Etchepareborda, M. C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Diagnóstico y tratamiento*, 57(Supl 1), 95–103.
- Diamantopoulou, S., Rydell, A.-M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental Neuropsychology*, 32(1), 521–542. <http://doi.org/10.1080/87565640701360981>
- Díaz, A., Jiménez, J., Rodríguez, C., & Afonso, M. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología Y Educación*, 8(2), 155–170.
- Dieguez, F. (2007). Professores, elo frágil da educação. *Estudos Avançados*, 21(60), 105–115. <http://doi.org/10.1590/S0103-40142007000200008>
- Diez, J. A. ., Lluch, C. ., Roura, R. ., Anguiano, M. ., Subirachs, R. ., Eguren, J. ., ... Giménez, A. . (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. (G. de Práctica & C. en el S. A. N. 2007/18., Eds.) *Sociedad Española de Neurología (SEN)*. Cataluña: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Cataluña.

- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência* (3ª). Porto Alegre: Artmed.
- Dunne, E. M., Hearn, L. E., Rose, J. J., Latimer, W. W., Vera, Alexandro; Ruano, Mário Ivan; Ramírez, L. P., Biederman, J., ... Latimer, W. W. (2014). ADHD as a risk factor for early onset and heightened adult problem severity of illicit substance use: An accelerated gateway model. *Addictive Behaviors*, 57(11), 433–439. <http://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.10.020>
- Dye, C. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. *Revista de Analisis Economico*, 9(1), 127–150. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301254>
- Efstratopoulou, M., Janssen, R., & Simons, J. (2012). Agreement among physical educators, teachers and parents on children's behaviors: A multitrait-multimethod design approach. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1343–1351. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.03.015>
- Eimani-osnari, M., Amiri-majd, M., & Babakhany, V. (2014). A Comparison of emotional and behavioral problems in children with ADHD at home and school. *J Anal Res Clin Med*, 2(2), 64–70. <http://doi.org/10.5681/jarcm.2014.011>
- Emerich, D. R., Da Rocha, M. M., Silveiras, E. F. D. M., & Gonçalves, J. D. P. (2012). Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). *PSICO*, 43(3), 380–387.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323. <http://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.11.024>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of

- attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(May 2005), 159–165. <http://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113.
- Farmer, T. W., McAuliffe Lines, M., & Hamm, J. V. (2011). Revealing the invisible hand: The role of teachers in children's peer experiences. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(5), 247–256. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.006>
- Farrow, S. J. (2006). Sir George Frederick Still (1868-1941). *Rheumatology*, 45(6), 777–778. <http://doi.org/10.1093/rheumatology/kei166>
- Fernández, E. (2005). Estudios epidemiológicos (STROBE). *Medicina Clínica*, 125, 43–48. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(05\)72209-0](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(05)72209-0)
- Fernández, V. . (2013). *Comorbidad en el niño y adolescente con T.D.A.H.* Universidad de Valladolid.
- Fernández-Daza, M. P., & Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 1. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp>
- Fernández-Molina, M., Valle, J., Fuentes, J., Isabel María Bernedo, I. M., & Bravo, A. (2011). En Adolescentes Adoptados Españoles. *Psicothema*, 23(1), 1–6.
- Fischer, M., Barkley, R. a, Smallish, L., & Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 107–133.

http://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_5

- Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 571–577. http://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8
- Foley, D. L., Rutter, M., Angold, A., Pickles, A., Maes, H. M., Silerg, J. L., & Eaves, L. J. (2005). Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 193–210.
- Fontana, R. D. S., De Vasconcelos, M. M., Werner, J., De Góes, F. V., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65(1), 134–137. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000100027>
- Freire, A. C., & Pondé, M. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2 B), 474–478. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300020>
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333–44. <http://doi.org/10.1007/s11920-011-0221-3>
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9), 857–864.

<http://doi.org/10.1001/archpedi.161.9.857>

- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: Recursos que proporciona a incorporação nas evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem Latino-Americana Enfermagem*, 12(3), 549–556.
- Gasparini, S. M., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2005). O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação E Pesquisa*, 31(2), 189–199. <http://doi.org/10.1590/S1517-97022005000200003>
- Giannini, S. P. P., Latorre, M. do R. D. de O., & Ferreira, L. P. (2012). Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente : um estudo caso-controle Voice disorders related to job stress in teaching : a case-control study. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(11), 2115–2124. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100011>
- Gidwani, P. P., Optiz, G. M., & Perrin, J. M. (2006). Mothers ' Views on Hyperactivity : A Cross-Cultural Perspective. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 121–126. <http://doi.org/0196-206X/06/2702-0121>
- Gómez, A., Santelices, M. P., Gómez, D., Rivera, C., & Farkas, C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos : Percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos*, 2, 175–187.
- González, V. B. ., & Arias, V. (2012). *Sintomatología hiperactiva en niños de 5 a 7 años: Calibración de dos instrumentos de evaluación mediante modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems*. Universidad Salamanca. Retrieved from http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/115552/1/DPETP_Arias_Gonzalez_VB_SintomatologiaHiperactivaEnNinos.pdf
- Guitart, M. E. (2009). Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas. *Fundamentos En Humanidades*, 2(18), 7–23. Retrieved from

file:///C:/Users/Bea/Downloads/Dialnet-HaciaUnaPsicologiaCultural-3744411.pdf

Guitart, M. E. (2010). Los diez principios de la psicología histórico-cultural. (Spanish).

The Ten Principles of Historical-Cultural Psychology. (English), 11(22), 47–62.

Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=67096065&site=ehost-live>

Guizzo, B. S., Krzimirski, C. O., & Oliveira, D. (2003). O software QSR NVIVO 2.0

na análise qualitativa de dados: Ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 24(1), 53–60.*

Guttmanova, K., Szanyi, J. M., & Cali, P. W. (2008). Internalizing and Externalizing

Behavior Problem Scores. *Educational and Psychological Measurement, 68(4), 676–694.* <http://doi.org/10.1177/0013164407310127>

Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and

community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood, 90(suppl_1), i2–i7.* <http://doi.org/10.1136/adc.2004.059006>

Hernández-Avila, M., Garrido-Latorre, F., & López-Moreno, M. (2000). Diseño de

estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México, 42(2), 144–154.*

Hess, A. R. B., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as

relações familiares: Uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF, 18(2), 263–276.*

Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Woods, J. K., & Young, S. (2012). A

systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry, 2(JAN), 1–18.*

<http://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00084>

Hoffman, H. (1945). *Der Struwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder.*

- Hora, A. F. L. T. da, Silva, S. S. da C., Ramos, M. F. H., Pontes, F. A. R., & Nobre, J. P. dos S. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *PSICOLOGIA*, 29(2), 47–62. <http://doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031>
- Jacob, C., Gross-Lesch, S., Jans, T., Geissler, J., Reif, A., Dempfle, A., & Lesch, K. P. (2014). Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 6, 101–110. <http://doi.org/10.1007/s12402-014-0128-z>
- Jara Segura, A. B. (2009). El TDAH , Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad , en las clasificaciones diagnósticas actuales (C . I . E . 10 , D . S . M . IV – R y C . F . T . M . E . A . – R 2000). *Norte de Salud Mental*, 30–40.
- Jiménez, E. P. (2008). El papel del profesorado en la actualidad. Su función docente y social. *Foro de Educación*, 1(10), 325–345. <http://doi.org/ISSN:1698-7799>
- Jin, W., Du, Y., Zhong, X., & David, C. (2013). Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1111/appy.12114>
- Kail, R. (2004). *A criança*. São Paulo: Prentice Hall.
- Kashala, E., Tylleskar, T., Elgen, I., Kayembe, K. T., & Sommerfelt, K. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder among school children in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *African Health Sciences*, 5(3), 172–181.
- Kindermann, T. A. (2011). Commentary: The invisible hand of the teacher. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(5), 304–308. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.005>
- Koga, G. K. C., Melanda, F. N., Santos, H. G. dos, Sant'Anna, F. L., González, A. D., Mesas, A. E., & Andrade, S. M. de. (2015). Fatores associados a piores níveis na

- escala de Burnout em professores da educação básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 268–275. <http://doi.org/10.1590/1414-462X201500030121>
- Kostelnik, M. ., Gregory, K. ., Soderman, A. ., & Whiren, A. . (2012). *Guia de aprendizagem e desenvolvimento social da criança (7ª edição)*. São Paulo: Cengage Learning.
- Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., & Larsson, H. (2015). Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(6), 640–647. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12340>
- Lage, M. (2011). Utilização do software NVIVO em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *Educação Temática Digital*, 12, 198–226. Retrieved from <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/24372>
- Lampert, T. L. (2002). *Avaliação Da Acurácia Diagnóstica Da Escala De Problemas de Atenção Do Inventário De Comportamentos Da Infância E Adolescência (CBCL) Para o Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255. <http://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Lawton, K. E., Gerdes, A. C., Haack, L. M., & Schneider, B. (2014). Acculturation, cultural values, and latino parental beliefs about the etiology of ADHD. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 189–204. <http://doi.org/10.1007/s10488-012-0447-3>
- López Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M. V., Fernández Fernández, V., López Pina, J. A., López-Soler, C., ... López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y

- características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353–358. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3024951&orden=219384&info=link>
[nk\http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3024951](http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3024951)
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25(1), 70–77.
- López-Soler, C., & Romero Medina, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (Ediciones). Madrid.
- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. a L. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353–358.
- Malloy-Diniz, L. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Martel, M. M., Eye, A. Von, & Nigg, J. (2012). Developmental differences in structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) between childhood and adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 36(4), 279–292. <http://doi.org/10.1177/0165025412444077>
- Martínez-Léon, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 379–399.
- Mata, S., Conrado, M., & Calero, M. . (2016). Sociabilidad y problemas de conducta en Adolescentes con riesgo de exclusión social. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(1), 127–139.
- Matza, L. S., Paramore, C., & Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of

- ADHD. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E*, 3, 5.
<http://doi.org/10.1186/1478-7547-3-5>
- McGough, J. J., & McCracken, J. T. (2006). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Moving beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1673–1675. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.10.1673>
- Meysamie, A., Fard, M. D., & Mohammadi, M. (2011). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Preschool-aged Iranian Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 467–72. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3446126&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Miranda, A., Colomer, C., Berenguer, C., Roselló, R., & Roselló, B. (2015). Substance use in young adults with ADHD: Comorbidity and symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1–9. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.001>
- Montiel-Nava, C., Peña, J. ., & Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos, 37(9), 815–819.
- Mulligan, a, Anney, R., Butler, L., O'Regan, M., Richardson, T., Tulewicz, E. M., ... Gill, M. (2011). Home environment: association with hyperactivity/impulsivity in children with ADHD and their non-ADHD siblings. *Child: Care, Health and Development*, 39(2), 202–212. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01345.x>
- Navarro, M. ., & García-Villamizar, D. . (2011). Comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos internalizantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 295–304. Retrieved from http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_295-

304.pdf

- Ndukuba, a. C., Odinka, P. C., Muomah, R. C., Obindo, J. T., & Omigbodun, O. O. (2014). ADHD Among Rural Southeastern Nigerian Primary School Children: Prevalence and Psychosocial Factors. *Journal of Attention Disorders*. <http://doi.org/10.1177/1087054714543367>
- Neto, M. R. L. (2010). *TDAH ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Nigg, J. T. (2006). *What Causes ADHD? Understanding What Goes Wrong and Why*. New York: The Guilford Press.
- Nigg, J. T. (2012). Future Directions in ADHD Etiology Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(4), 524–533. <http://doi.org/10.1080/15374416.2012.686870>
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., Lofus, G., & Wagenaar, W. (2012). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Cengage Learning.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., ... Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *43*(3), 300–304. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agn014>
- Olatundun, I. O. (2009). What is Cross-cultural Research? *International Journal of Psychological Studies*, *1*(2), 82–96. <http://doi.org/10.5539/ijps.v1n2p82>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (Editora Artes Médicas, Ed.). Porto Alegre.
- Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, *11*(1), 71–84. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?>

codigo=150292&orden=1&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=150292

Palacios-Cruz, L., Arias-Caballero, A., Ulloa, R. E., González-Reyna, N., Mayer-Villa, P., Feria, M., ... Benje, C. (2014). Adversidad psicosocial, psicopatología y funcionamiento en hermanos adolescentes en alto riesgo (HAR) con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Psicosocial Adversity, Psychopathology and Functioning in Adolescents Siblings with High Risk with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*., 37(6), 467–476. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101711845&lang=es&site=eds-live>

Pascual Castroviejo, I. (2008). *Hiperactividad: existe frontera entre personalidad y patologia?* (E. D. de Santos, Ed.) (1st ed.). Madrid.

Pedrini, J. R., & Frizzo, G. B. (2010). Avaliação de indicadores de problemas de comportamento infantil relatados por pais e professores. *Aletheia*, (33), 1–11.

Pelham, W. E., Foster, E. M., & Robb, J. A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 7(1 Suppl), 121–31. <http://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.08.002>

Pérez-lópez, J., Cano-giménez, E., & Agustín, R. (2009). La percepción de problemas conductuales a través de progenitores y educadores de escuelas infantiles. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 133–140.

Pires, T. de O., Passos, C. M. F., Silva, D., & Assis, S. G. de. (2012). Family environment and attention-deficit hyperactivity. *Rev Saúde Pública*.

Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The

- worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942–948.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *56*(3), 345–365. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. a., Kieling, C., & Rohde, L. a. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434–442. <http://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Possa, M. D. A., Spanemberg, L., & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arq Neuropsiquiatr*, *63*(2–B), 479–483.
- Ramos-quirola, J., Ribasés-Haro, M., Cormand-Rifa, B., & Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revue Neurologique*, *44*(Supl 3), 51–52.
- Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. a, & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(3), 217–228–e3.
<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.011>
- Ranby, K. W., Boynton, M. H., Kollins, S. H., McClernon, F. J., Yang, C., & Fuemmeler, B. F. (2012). Understanding the phenotypic structure of adult retrospective ADHD symptoms during childhood in the United States. *Journal of*

- Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 41(3), 261–74.* <http://doi.org/10.1080/15374416.2012.654465>
- Rescorla, L. ., Achenbach, T. ., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... Leung, P. W. L. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40(3), 456–467.* <http://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Rescorla, L. ., Achenbach, T., Ivanova, M. ., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. (2007). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15, 130–142.* <http://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Richardson, J. R., Taylor, M. M., Shalat, S. L., Guillot, T. S., Caudle, W. M., Hossain, M. M., ... Miller, G. W. (2015). Developmental pesticide exposure reproduces features of attention deficit hyperactivity disorder. *The FASEB Journal, 29(5), 1960–1972.* <http://doi.org/10.1096/fj.14-260901>
- Riederer, C., & Warnke, A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder ADHD: An illustrated historical overview. World Federation ADHD. Retrieved from <http://www.ufrgs.br/prodah/Arquivos/brochuremilano.pdf>
- Rivera, O. ., Martínez, A., & Pérez, J. (2005). Comparación de la sintomatología internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con y sin trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 16, 27–50.*
- Rivera-Flores, G. W. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de*

- Investigación Psicológica*, 3(2), 1079–1091. [http://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70953-0](http://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70953-0)
- Rodillo, E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 26(1), 54–59.
- Roessner, V., Becker, A., Rothenberger, A., Rohde, L. ., & Banaschewski, T. (2007). A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD / HD using the Child Behavior Checklist. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 352–359. <http://doi.org/10.1007/s00406-007-0738-y>
- Rohde, L. ., & Barbosa, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 7–11. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>
- Rohde, L. A. (2002). ADHD in Brazil: the DSM-IV criteria in a culturally different population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1131–1133. <http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000026602.17655.e7>
- Rohde, L., Szobot, C., Polanczyk, G., Schmitz, M., Martins, S., & Tramontina, S. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry*, 57(11), 1436–1441. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.042>
- Roig, J. L. S. (2011). *Teacher expectations of children with mental illness in the schools*. University of Kentucky UKnowledge. University of Kentucky. Retrieved from http://oxfordfx.hosted.exlibrisgroup.com/oxford?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=Teacher+expectations+of+children+with+men

- Rojas, M. esperanza G. (2010). *Déficit de atención con hiperactividad en la infancia: análisis de variables psicoeducativas*. Universidad de Granada Facultad de Psicología.
- Romero-ayuso, D. M., Maestú, F., & González-marqués, J. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia, *42(5)*, 265–271.
- Rowland, A. S., Lesesne, C. A., & Abramowitz, A. J. (2002). The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.*, *8(3)*, 162–170. <http://doi.org/10.1002/mrdd.10036>
- Rudasill, K. M., Reio, T. G., Stipanovic, N., & Taylor, J. E. (2010). A longitudinal study of student-teacher relationship quality, difficult temperament, and risky behavior from childhood to early adolescence. *Journal of School Psychology*, *48(5)*, 389–412. <http://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.05.001>
- Sánchez, C., Ramos, C., & Díaz, L. (2014). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : prevalence of risk in the scholastic scope of the Canary islands, *42(4)*, 169–175.
- Sánchez, E. Y., Velarde, S., & Britton, G. B. (2011). Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a sample of Panamanian school-aged children. *Child Psychiatry and Human Development*, *42(2)*, 243–255. <http://doi.org/10.1007/s10578-010-0213-2>
- Sánchez-Mora, C., Ribasés, M., Mulas, F., Soutullo, C., Sans, A., Casas, M., & Ramos-quirola, J. A. (2012). Bases genéticas del trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Rev Neurol*, *55(10)*, 609–618.
- Sauceda García, J. M. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad : un problema de salud pública. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*,

- 57(5), 14–19. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145c.pdf>
- Schoemaker, K., Mulder, H., Dekovi, M., Bennett, D. S., Marini, V. A., Berzenski, S. R., ... Engels, R. C. M. E. (2013). Externalizing Problems in Late Childhood as a Function of Prenatal Cocaine Exposure and Environmental Risk, *247*(January 2011), 239–247. <http://doi.org/10.1177/0165025413490865>
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(2), 227–235. <http://doi.org/10.1007/s10826-008-9223-0>
- Serrano-troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. a. (2013). ¿ Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH, *41*(1), 44–51.
- Servera, M., & Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: Datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurologia*, *45*(7), 393–399.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una revisión. *Revista de Neurologia*, *40*(6), 358–368.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2012). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: Cengage Learning.
- Signor, R. C. ., & Santana, A. P. . (2015). A outra face do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Distúrbios Comun*, *27*(1), 39–54.
- Siqueira, C. M., & Gurgel-Giannetti, J. (2011). Mau desempenho escolar: uma visão

- atual. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 78–87.
<http://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100021>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Skogli, E., Teicher, M. H., Andersen, P., Hovik, K., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(1), 298. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Sointu, E. T., Savolainen, H., Lappalainen, K., & Epstein, M. H. (2012). Parent, Teacher and Student Cross Informant Agreement of Behavioral and Emotional Strengths: Students With and Without Special Education Support. *Journal of Child and Family Studies*, 21(4), 682–690. <http://doi.org/10.1007/s10826-011-9520-x>
- Soler, C. L., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J. a. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325–334. <http://doi.org/10.6018/analesps.26.2.109301>
- Soma, Y., Nakamura, K., Oyama, M., Tsuchiya, Y., & Yamamoto, M. (2009). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool children: Discrepancy between parent and teacher evaluations. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 14(2), 150–154. <http://doi.org/10.1007/s12199-008-0075-4>
- Still, G. F. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal psychological conditions in children. *The Lancet*, 149(3839), 857–863. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)96470-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)96470-0)
- Swanson, J. ., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M. A., Moyzis, R., Schuck, S., ... Posner, M. (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral*

- Reviews*, 24(1), 21–25. [http://doi.org/10.1016/S0149-7634\(99\)00062-7](http://doi.org/10.1016/S0149-7634(99)00062-7)
- Szwarcwald, C. L., & Damacena, G. N. (2008). Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(supl 1), 38–45. <http://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
- Talaei, A., Mokhber, N., Abdollahian, E., Bordbar, M. R. F., & Salari, E. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: a survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *Journal of Attention Disorders*, 13, 386–390. <http://doi.org/10.1177/1087054708329886>
- Taylor, E. (2011). Antecedents of ADHD : a historical account of diagnostic concepts, 69–75. <http://doi.org/10.1007/s12402-010-0051-x>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3–16. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Treuting, J. ., & Hinshaw, S. . (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 23–39.
- Trianes Torres, V., Sánchez, A. S., & Muñoz Sánchez, Á. (2001). Educar la convivencia como prevención de violencia interpersonal: perspectivas de los profesores. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, (11), 73–93. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404106.pdf>
- Trinidad Bonet, C., Soriano García, Y., & Solano Méndez, C. (2008). *Aprendendo com crianças hiperativas: um desafio educativo*. (Cengage Learning, Ed.). São Paulo.
- Tsiantis, J., Motti-Stefanidi, F., Richardson, C., Schmeck, K., & Poustka, F. (1994).

- Psychological Problems of School-Age German and Greek Children : A Cross-Cultural Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3(4), 209–219.
- Tureck, K., Matson, J. L., May, A., & Turygin, N. (2013). Externalizing and tantrum behaviours in children with ASD and ADHD compared to children with ADHD. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(February), 52–57. <http://doi.org/10.3109/17518423.2012.719245>
- Ullebø, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Obel, C., & Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: Effects of informant, gender and non-participation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 763–769. <http://doi.org/10.1007/s00127-011-0379-3>
- Valsiner, J. (2012). *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista De Neurología*, 40(Supl 1), 25–32.
- Vasconcelos, M. M., Werner, J., De Araújo Malheiros, a. F., Negreiros Lima, D. F., Oliveira Santos, Í. S., & Bardawil Barbosa, J. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(1), 67–73. <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000100012>
- Vélez-van-Meerbeke, a., Zamora, I. P., Guzmán, G., Figueroa, B., López Cabra, C. a., & Talero-Gutiérrez, C. (2013). Evaluación de la función ejecutiva en una población escolar con síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Neurologia*, 28(6), 348–355. <http://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.011>
- Vera, A., Ruano, M. I., & Ramírez, L. P. (2007). Características clínicas e neurobiológicas del trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. *Colomb*

Med, 38(4), 433–439.

- Visscher, P. M., Hill, W. G., & Wray, N. R. (2008). Heritability in the genomics era — concepts and misconceptions. *Nature Reviews Genetics*, 9(4), 255–266.
<http://doi.org/10.1038/nrg2322>
- Waldman, I. D., & Gizer, I. R. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 396–432.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.007>
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. a. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209–217.
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Whitbourne, S. ., & Halgin, R. . (2015). *Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: AMGH.
- Willcutt, E. . (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.
<http://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E. G. (2006). The etiology of ADHD: Behavioral and molecular genetic approaches. *Cognitive and Affective Neuroscience of Psychopathology*.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499.
<http://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E. G., Alvarez, C. V., Claros, J. a V., Barkley, R. A., Cardo, E., Servera, M., ... Steinau, S. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 9(1), 52–58.

<http://doi.org/10.1097/01.CHI.0000026602.17655.e7>

Wolraich, M. L., McKeown, R. E., Visser, S. N., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., ...

Danielson, M. (2012). The Prevalence of ADHD: Its Diagnosis and Treatment in Four School Districts Across Two States. *Journal of Attention Disorders*.

<http://doi.org/10.1177/1087054712453169>

World Health Organization. (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.

World Health Organization. (2014). *Health for the World ' s Adolescents A second chance in the second decade*. Geneva.

Yáñez-Téllez, G., Romero-Romero, H., Rivera-García, L., Prieto-Corona, B., Bernal-

Hernández, J., Marosi-Holczberger, E., ... Silva-Pereyra, J. F. (2012). Cognitive and executive functions in ADHD. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 293–8.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24120258>

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The Scientific Base Linking Social and Emotional Learning to School Success. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 17(2–3), 191–210.

Anexos

Anexo A.
Aprovação do Comitê de Ética de
Murcia



Arrixaca

**Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"**

Ctra. Madrid - Cartagena • Telf. 968 36 95 00
30120 El Palmar (Murcia)

Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca en su reunión del día 28/09/2015, acta 08/15 ha evaluado la propuesta de la investigadora **Ana Flávia Lima Teles da Hora** referida al estudio:

Título: TDAH en Brasil y España: Un estudio transcultural

1º. Considera que

- Se respetan los principios éticos básicos y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad de la investigadora **Ana Flávia Lima Teles da Hora** y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

Lo que firmo en Murcia, a 28 de septiembre de 2015

Fdo:

**Servicio Murciano de Salud
Hospital "Virgen de la Arrixaca"
Comite Etico de Investigación Clínica
MURCIA**

Dr. D. Antonio Piñero Madrona
Presidente del CEIC Hospital Virgen de la Arrixaca

Anexo B.
Aprovação do Comitê de Ética de Belém



NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TDAH no Brasil e na Espanha: Uma comparação transcultural

Pesquisador: Ana Flávia Lima Teles da Hora

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45316515.3.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.265.991

Apresentação do Projeto:

O projeto trata de um tema atual e com relevância social e científica. Seu texto informa que o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que envolve padrões de comportamentos disfuncionais de desatenção, hiperatividade e impulsividade inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança, causando prejuízos na vida pessoal, acadêmica e social que podem persistir até a vida adulta (American Psychiatric Association, 2013; Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001). Sua etiologia multifatorial compreende fatores genéticos e ambientais (Serrano-troncoso, Guidi, & Alda-Díez, 2013). Manifesta-se em três subtipos, sendo eles: apresentação combinada, apresentação predominantemente desatenta e, apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (American Psychiatric Association, 2013). É um dos transtornos crônicos mais constantes na idade escolar e, um dos mais diagnosticados nos serviços de atenção primária (Cardo et al., 2011; Vasconcelos et al., 2003). A literatura sinaliza que a sintomatologia clínica do TDAH pode evoluir de acordo com a idade do indivíduo (Faraone, Biederman, & Mick, 2006; Serrano-troncoso et al., 2013). Segundo alguns autores (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010) existe um amplo consenso entre pesquisadores e clínicos

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.055-240

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



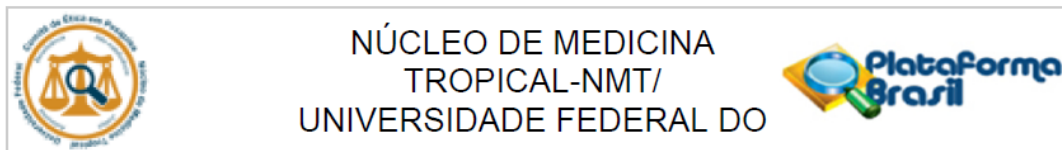
Continuação do Parecer: 1.265.991

sobre o comprometimento do funcionamento psicossocial que sobrepuja os sintomas do TDAH interferindo no emocional, na qualidade de vida e no bem-estar social da criança em seu entorno, uma vez que, sintomas como labilidade de humor, baixa tolerância e deficiente autorregulação também estarão associados ao transtorno (Biederman et al., 2012). O TDAH apresenta alta comorbilidade com o transtorno negativista desafiante, transtorno de conduta, transtorno de ansiedade, problemas de aprendizagem, abusos de substâncias, depressão e uma maior tendência de o indivíduo optar por condutas de risco (Cardo et al., 2011; López-Soler, Sáez, López, Fernández, & Pina, 2009; Rohde et al., 2005). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento que envolve padrões de comportamentos disfuncionais de desatenção, hiperatividade e impulsividade inconsistentes com o nível de desenvolvimento da criança, causando prejuízos na vida pessoal, acadêmica e social que podem persistir até a vida adulta. Com base nisso, o objetivo geral deste estudo é realizar uma investigação transcultural do TDAH comparando duas amostras clínicas de duas nacionalidades: Brasil e Espanha e estimar a prevalência dos problemas comportamentais associados ao transtorno. Método: O estudo transcultural terá um delineamento retrospectivo com análise documental de diagnósticos do TDAH realizados entre os anos 2010 a 2015 nos serviços de saúde: Unidad de Psicología Clínica Infancia y Adolescencia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, vinculado a Universidad de Murcia, localizado na cidade de Múrcia – Espanha, e o Serviço Caminhar do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, vinculado a Universidade Federal do Pará, localizado na cidade de Belém do Pará - Brasil. Os grupos serão divididos pelo ano em que foi realizado o diagnóstico, e serão analisados pelo teste de Análise Univariada de Variância (ANOVA). Será utilizado também Análises Multivariadas de Variância (MANOVA) para a análise do CBCL (9 fatores que incluem os problemas internalizantes e externalizantes) e o Checklist do DSM-IV. Com base nisso, o objetivo geral do estudo proposto é realizar uma investigação transcultural do TDAH comparando duas amostras clínicas de duas nacionalidades: Brasil e Espanha e estimar a prevalência dos

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 1.265.991

problemas comportamentais associados ao transtorno. Serão utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa. 1. Child

Behavior Checklist (CBCL6/18), nas versões português e espanhol. Este inventário apresenta uma lista de 118 itens de comportamentos infantis dos

6 aos 18 anos com perguntas divididas em nove fatores: ansiedade/depressão, isolamento/depressão; queixas somáticas, problemas de atenção, de

pensamento, sociais, conduta desafiante, conduta agressiva entre outros problemas (Emerich et al., 2012; Rescorla et al., 2009). Os instrumentos serão aplicados levando-se em consideração apenas dados extraídos de fontes documentais disponibilizadas pelas instituições envolvidas na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar uma investigação transcultural do TDAH comparando duas amostras clínicas de duas nacionalidades: Brasil e Espanha e estimar a prevalência dos problemas comportamentais associados ao transtorno.

Objetivo Secundário:

1) Comparar a prevalência do TDAH e dos subtipos no período de 2010 a 2015 nas duas Unidades Hospitalares; 2) Descrever as características de prevalência de cada população; 3) Identificar os comportamentos externalizantes e internalizantes mais frequentes nos dois países.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto esclarece que a realização do estudo proposto não apresentará riscos aos seus participantes. Trata-se de um estudo transcultural que terá um delineamento transversal retrospectivo, com análise documental de diagnósticos do TDAH realizados nos referidos serviços de saúde entre os anos 2010 a 2015. Os dados serão coletados nos documentos e com base neles se dará a utilização dos instrumentos de pesquisa. Os problemas

internalizantes serão analisados a partir das respostas as perguntas relacionadas aos seguintes fatores ansiedade/depressão; isolamento/depressão

e queixas somáticas, enquanto que, os problemas externalizantes serão analisados através da soma dos demais fatores da escala (Lopez-Soler et

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.055-240

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.265.991

al., 2009). 2. O Checklist do DSM-IV (APA, 2000), que corresponde aos critérios diagnósticos do TDAH listados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais nas versões português e espanhol, considerando os sintomas, o curso, a severidade e, os critérios de exclusão do manual para confirmar o diagnóstico. O checklist possui 18 itens, 9 deles estão relacionados aos comportamentos de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade.

Benefícios:

Traçar o panorama da prevalência do TDAH entre o Brasil e a Espanha, comparando a incidência do transtorno nas duas populações de culturas distintas. Os resultados servirão de base para a elaboração de possíveis políticas públicas de prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto traz uma proposta de pesquisa que apresenta de forma clara e consistente os objetivos da investigação e o método proposto. O projeto demonstra a importância da realização do estudo, em particular para as pesquisas que se propõem investigar a incidência e prevalência de problemas comportamentais associados ao TDAH, considerando, entre outras, as particularidades culturais que caracterizam os dois países envolvidos: Brasil e Espanha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados, e o projeto informa de forma clara o procedimento da pesquisa proposta, que será baseada exclusivamente em fonte documental.

Recomendações:

Não existem recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências. Parecer aprovado.

Favor retornar, via plataforma brasil, o relatório final do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.265.991

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511227.pdf	20/07/2015 10:33:37		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Certificado co-orientadora Espanha.pdf	20/07/2015 10:29:15		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Documentos de aceitação do Hospital Bettina.pdf	20/07/2015 10:28:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511227.pdf	21/05/2015 11:56:55		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto com carimbo.pdf	21/05/2015 11:55:39		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_511227.pdf	07/05/2015 10:08:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto - TDAH no Brasil e na Espanha 18-04.docx	07/05/2015 10:07:20		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 07 de Outubro de 2015

Assinado por:
ANDERSON RAIOL RODRIGUES
(Coordenador)