

Regina Maria Fernandes Lopes ^[1]

Marianne Farina ^[2]

Guilherme Welter Wendt ^[3]

Cristiane Silva Esteves ^[4]

Irani I. de Lima Argimon ^[5]

*Sensibilidade do WISC-III na identificação do Transtorno de Déficit de Atenção/
Hiperatividade(TDAH)*

*Sensibilidad del WISC-III en la identificación del Trastorno de Déficit Atencional
con Hiperactividad (TDAH)*

*WISC-III Sensibility in the identification of Attention Deficit Hyperactivity Disorder
(ADHD)*

[1] Psicóloga (PUCRS), Dda Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia (PUCRS), Especialista em Psicologia Clínica-Ênfase em Avaliação Psicológica (UFRGS), Brasil. Apoio CAPES. Professora da Pós- Graduação em Avaliação Psicológica da UNISC, Coordenadora do Núcleo Médico Psicológico, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: regina@nucleomedicopsicologico.com.br; reginamlopress@gmail.com.

[2] Psicóloga (PUCRS), Pós-Graduada em Psicologia Clínica, ênfase em Sistêmica (INFAPA) e Colaboradora Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital. E-mail: mariannefarina@yahoo.com.br.

[3] Bacharel em Psicologia (PUCRS). Mestrando em Psicologia Clínica (UNISINOS, bolsista CAPES). Email: guilhermewendt@gmail.com

[4] Graduada em Psicologia (PUCRS), Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS, bolsista CNPq) no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital e Pós-Graduada em Atendimento Clínico, ênfase em Psicanálise (UFRGS). E-mail: crissilvaesteves@gmail.com

[5] Dr. em Psicologia (PUCRS), Graduada em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. Pesquisadora Produtividade CNPq. E-mail: argimoni@puers.br

Resumo

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se por diminuída capacidade de atenção, impulsividade e hiperatividade, afetando crianças, adolescentes e adultos. Existem vários instrumentos que podem auxiliar no diagnóstico deste transtorno e um deles é o Índice de Resistência a Distrabilidade (IRD) do WISC-III pelos subtestes de Aritmética e Dígitos. Objetivo: Avaliar, através da Escala de Inteligência de Wechsler III (WISC III), o quociente de inteligência (QI) Global, Verbal e de Execução e mensurar o desempenho nos Índices Fatoriais e identificando ou não a presença de TDAH. Método: Delineamento quantitativo, transversal. Amostra de 80 participantes, com idades entre 6 até 15 anos, sendo 26 do sexo feminino e 54 do sexo masculino. Resultados: Dos participantes avaliados, 67,5% apresentaram TDAH. Deste percentual a maioria tinha um QI dentro do termo médio, sendo que os que não apresentaram TDAH tinham um QI muito superior. Foram detectadas pontuações significativamente mais baixas em participantes com TDAH no IRD. Conclusão: O WISC-III mostra ser sensível no diagnóstico de crianças com TDAH, sendo um instrumento útil para auxiliar nas avaliações de crianças com este transtorno.

Palabras clave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); IRD; Distrabilidade; WISC-III; Índices Fatoriais; Psicometria.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by decreased attention span, impulsivity and hyperactivity, affecting children, adolescents and adults. There are several tools that can aid in the diagnosis of this disorder and one of them is the index of resistance to distractibility (IRD) of the WISC-III Digit Span and Arithmetic subtests. Objective: To evaluate, through the Wechsler Intelligence Scale III (WISC III), the intelligence quotient (IQ) Global, Verbal and Performance and measure the performance indices in Factorials and identifying whether or not the presence of ADHD. Method: Design quantitative transversal. Sample of 80 participants, aged 6-15 years, 26 females and 54 males. Results: Of the participants assessed, 67.5% had ADHD. The majority of this percentage had an IQ in the medium term, and those who did not have ADHD have a much higher IQ. Conclusion: The WISC-III is shown to be sensitive in the diagnosis of children with ADHD and is a useful tool to assist in the evaluation of children with this disorder.

Key Words: Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD); IRD; distractibility; WISC-III Factor Index; Psychometrics.

Resumen

El Trastorno por trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la disminución de la capacidad de atención, impulsividad e hiperactividad, que afectan a niños, adolescentes y adultos. Existen diversos instrumentos que pueden ayudar en el diagnóstico de este trastorno, uno de ellos es el índice de resistencia a la Distractibilidad (IRD) del WISC-III por subpruebas de aritméticas y dígitos. Objetivo: evaluar, a través de la escala III de inteligencia Wechsler (WISC III), el cociente de inteligencia (IQ) Global, Verbal y aplicación, medir el rendimiento del índice y determinar si o no la presencia de factoriales de TDAH. Método: diseño cuantitativo transversal. Muestra de 80 participantes, las edades de 6 a 15 años, siendo 26 mujeres y 54 varones. Resultados: los participantes evaluados, 67,5% tenía TDAH. Este porcentaje además tenía un coeficiente intelectual en rango medio, aquellos que no presentan TDAH tenían un coeficiente intelectual muy superior. Se encontraron puntuaciones Significativamente más bajas en los participantes con ADHD en el IRD. Conclusión: El WISC-III se muestra sensible en el diagnóstico de los niños con TDAH y es una herramienta útil para ayudar en la evaluación de los niños con este trastorno.

Palabras clave: : trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); IRD; Distractibilidad; índices factoriales del WISC-III; psicometría.

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento muito comum na infância (Homer, Baltz, Hickson, et al., 2000). O TDAH consiste em um transtorno neurobiológico, com causas genéticas, que atinge de 3% a 7% da população. Junto com a dislexia, a principal causa do fracasso escolar (Couto, Melo-Jr & Gomes, 2010). O estudo de Rohde e Benczik (1999) indica em sujeitos com TDAH, a presença de disfunção em uma área do cérebro conhecida como região orbital frontal. Esta é uma região que é responsável pela inibição do comportamento, pela atenção sustentada, pelo autocontrole e pelo planejamento para o futuro.

Este transtorno, conforme o DSM-IV-TR (Apa, 2003), distingue-se por reduzida capacidade de atenção, impulsividade e hiperatividade, atingindo crianças, adolescentes e adultos. Na maioria das vezes, os comportamentos inadequados surgem em diversos contextos, em casa, na escola, no social e no trabalho (Pastura, Mattos & Araújo, 2005).

Conforme a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (2011) é comum o TDAH se evidenciar na infância, antes dos 7 anos de idade, embora muitas vezes acabe sendo diagnosticado após, e acompanha a pessoa, frequentemente, por toda a vida. Pereira, Araújo & Mattos (2005) corrobora com a idéia de que os problemas acadêmicos e sociais advindos dos sintomas de TDAH durante a infância podem persistir na adolescência e idade adulta. Por isso, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce, em função da persistência dos sintomas surgidos na infância, durante a vida adulta, e com isso acarretando comprometimento interpessoal, acadêmico e social (Segenreich & Mattos, 2004). Pesquisas têm demonstrado o risco aumentado de crianças com TDAH desenvolverem outras doenças psiquiátricas tanto na infância, quanto ao longo do seu ciclo vital (Santos, & Vasconcelos, 2010). Salienta-se que o processo diagnóstico e o tratamento deste transtorno são complexos, não somente pelo caráter dimensional dos sintomas de hiperatividade e/ou desatenção, mas

também pela alta frequência de comorbidades psiquiátricas apresentadas pelos pacientes (Souza, Serra-Pinheiro & Pinna, 2007).

É importante considerar que o performance escolar depende de diferentes fatores: características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença dos pais e interação dos pais com escola e deveres) e do próprio indivíduo. Então, pode-se ver que a dificuldade de aprendizagem está ligada a diversos fatores biopsicossociais e encontra interfaces de educadores, sociólogos, psicólogos e médicos (Araujo, 2002).

TDAH na Escola

Há crianças que já podem apresentar sintomas na pré-escola. Os pré-escolares com TDAH diferem de crianças normais da mesma idade por estarem constantemente em movimento e por terem dificuldades em participar de atividades sedentárias com a classe (APA, 2002).

Pesquisas mostram que a prevalência de crianças diagnosticadas com TDAH em idade pré-escolar é de 2% (Pereira, Araújo & Mattos, 2005).

Conforme conclui o estudo de Grillo e Silva (2004) pode ser observado, antes da idade habitual que ocorre a identificação do transtorno, diversas manifestações precoces dos principais transtornos do comportamento de crianças e adolescentes. Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce do TDAH, em função de possibilitar intervenções precoces e orientação dos pais a respeito do prognóstico ou, em algumas situações, aconselhamento genético. Quando essas crianças ingressam na escola os comportamentos tornam-se mais evidentes, devido a possibilidade de compará-las com outras da mesma faixa etária. Além disso, na escola é exigida uma maior atenção e as crianças necessitam passar um maior tempo paradas. Entretanto, nem sempre existe uma diferença evidente de rendimento escolar entre crianças com e sem TDAH, o que dificulta o diagnóstico, fazendo com que o transtorno passe despercebido pela escola e pelos pais (Abda, 2011).

As crianças e adolescentes com esse transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento

para dar atenção a outros estímulos que, em geral, são facilmente ignorados por outros, tendo dificuldade de persistir em determinada tarefa até o seu término. Além disso, acarreta prejuízos desempenho escolar e nas relações interpessoais (Pastura, Mattos & Araújo, 2005). O impacto desse transtorno na sociedade é enorme, considerando-se seu alto custo financeiro, o estresse nas famílias, o prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, bem como efeitos negativos na auto-estima das crianças e adolescentes (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczy, 2000).

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC-III)

Os testes neuropsicológicos e as escalas podem ser úteis no auxílio para o diagnóstico da patologia e também no momento de traçar um plano de tratamento. Com os testes neuropsicológicos, é possível identificar áreas cerebrais que estão envolvidas e acabam refletindo no funcionamento cognitivo e na conduta do indivíduo. Há ainda testes que o uso profissional não foi liberado pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP), (Graeff & Vaz, 2006), entretanto, a Escala de Inteligência de

Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC-III; Wechsler, 1991) é um instrumento que está aprovado e padronizado para a população brasileira (Figueiredo, 2001). Pertencente a esta escala, o Índice de Resistência a Distrabilidade (IRD) pode auxiliar no diagnóstico deste transtorno, através dos subtestes de Aritmética e Dígitos.

O teste WISC-III apresenta 13 subtestes que avaliam diferentes habilidades de inteligência e são agrupados num Conjunto Verbal - Informação, Semelhanças, Vocabulário, Compreensão, Artimética e Dígitos) e num Conjunto de Execução – Completar Figuras, Arranjo de Figuras, Armar Objetos, Códigos, Cubos, Procurar Símbolos e Labirintos -, definindo os QI Verbal, QI de Execução e QI Total (Figueiredo, Vidal e Nascimento Pinheiro, 2012).

O WISC-III é nos nossos dias a principal referência, a melhor e a mais utilizada medida da inteligência de crianças e adolescentes (Simões, 2002). A utilização deste instrumento está voltada para os contextos clínico, psicoeducacional e de pesquisa, possibilitando a avaliação minuciosa das capacidades cognitivas de crianças, adolescentes e adultos (Nascimento & Figueiredo, 2002). Além disso, a aplicabilidade desta escala pode

ser útil nos casos de acompanhamento de crianças com histórico de problemas de aprendizagem, porque se pode medir isoladamente a performance verbal, percepto-motor e o quociente intelectual total (Mello, Argolo, Shayer, et al., 2011).

Reflexões sobre a Inteligência

O conceito de inteligência é muito discutido, tanto entre autores, quanto pelas pessoas em geral. Há décadas tem se procurado o conceito de inteligência e até os dias atuais, não se chegou a um consenso a este respeito, uma vez que existem inúmeras respostas, denotando assim, existir uma multiplicidade de visões (Primi, 2003).

A inteligência é uma capacidade cognitiva responsável pela compreensão e conceituação dos significados das coisas. É caracterizada como o traço cognitivo mais amplo e difuso. Para Noronha, Santos, Rueda e Sisto (2012) o conceito está relacionado com as aspirações e necessidade do contexto sócio-cultural que se relacionam a valores e fins histórica e socialmente produzidos. É importante levar em conta que qualquer

déficit ou desenvolvimento da inteligência depende da interação do indivíduo com o contexto. Um teste de inteligência é uma medida objetiva do desempenho habitual de capacidades intelectuais. No entanto, esta objetividade é relativa, justamente em função das peculiaridades do contexto sócio-cultural do indivíduo que está realizando testes psicométricos.

Estudos Relacionados

O estudo de Gatti, Patto, Costa, Kopit & Almeida (1981) analisou diferentes fatores que poderiam explicar o fracasso escolar em alunos do primeiro grau. Dentre outros instrumentos, foi aplicado o WISC em alunos repetentes e aprovados pertencentes de escolas da rede públicas – uma carente e outra não carente. Foi encontrado resultados do WISC com escores de QI abaixo da média normal da população (classificações de inteligência médio inferior, limítrofe ou deficiente) tanto nos alunos repetentes quanto nos aprovados. Embora haja significativa incidência de déficits intelectuais, cognitivos e distúrbios emocionais e físicos entre crianças de classe mais baixa, os autores ressaltam da

importância do cuidado com o diagnóstico, pois ocorrem muitos erros em termos de diagnóstico diferencial entre deficiência do jovem e deficiência dos testes psicológicos.

Uma pesquisa realizada em quatro escolas brasileiras, verificou a prevalência de crianças da 1ª à 4ª série do Ensino Fundamental com TDAH. A amostra totalizou 461 indivíduos entre 6 e 12 anos, classificados pelos seus professores em “suspeitos” e “não suspeitos”, por meio dos critérios diagnósticos do DSM-IV. Os resultados da pesquisa mostraram que 13% dessas crianças foram diagnosticadas com TDAH, sendo o combinado o subtipo mais freqüente, totalizando 61,7% dos casos (Fontana, Vasconcelos, Werner, Liberal, 2007). Outro dado interessante, é que independente da população estudada, diversos estudos apontam a maior prevalência de TDAH em meninos do que em meninas (Vasconcelos, Werner Jr, Malheiros, Lima, Santos & Barbosa, 2003; Zametkin & Ernst, 1999).

Considerando o exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar através da Escala de Inteligência de Wechsler III (WISC III), o quociente de inteligência (QI) Global, Verbal e de Execução e mensurar o desempenho nos Índices Fatoriais (Índice de Compreensão

Verbal:ICV; Índice de Organização Perceptual: IOP; Índice de Resistência a Distrabilidade: IRD; Índice de Velocidade de Processamento: IVP) e identificando ou não a presença de TDAH. A relevância desta investigação reside no fato de que, no contexto brasileiro, ainda são escassas as investigações que busquem averiguar a influência das variáveis cognitivas no desfecho, durante a fase do ciclo vital compreendido como adolescência, na ocorrência do transtorno.

Método

O delineamento utilizado foi quantitativo e transversal. A amostra foi constituída por 80 crianças e adolescentes com idades de 6 a 15 anos que apresentavam problemas atencionais ou queixas correlatas às dificuldades de atenção e uma possível suspeita de apresentar TDAH e que foram encaminhadas para avaliação psicológica e atendimento psicológico por suas escolas de ensino regular. Os responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quanto a utilizar estas informações para publicação.

Para avaliação destes alunos O foi utilizado a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III) (Wechsler, 2002): composto por 13 subtestes que investigam capacidades mentais distintas, que, juntas, refletem a capacidade intelectual geral da criança. Estes subtestes são agrupados em uma Escala Verbal e em uma Escala de Execução ou não-verbal. O desempenho da criança nos subtestes resulta em 3 medidas compostas: QI Verbal (soma dos pontos ponderados nos subtestes Verbais), QI de Execução (soma dos pontos ponderados nos subtestes de Execução) e QI Global (soma dos pontos ponderados nos subtestes Verbais e de Execução). Também é subdividida em Índices Fatoriais: Índice de Compreensão Verbal (ICV); Índice de Organização Perceptual (IOP); Índice de Resistência a Distrabilidade (IRD) e Índice de Velocidade de Processamento (IVP).

Procedimentos de coleta de dados: a medida que estes alunos eram encaminhados para avaliação psicológica na clínica era utilizado um instrumento padrão de uma entrevista minuciosa sobre sua história de vida e história escolar, para posteriormente fazer a aplicação

da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III).

Resultados e discussão

A amostra estudada, foi de 80 participantes. A idade variou entre 6 até 15 anos, tendo como média de idade, 11,2 anos e o desvio-padrão, 2,5. Foram avaliados 26 estudantes do sexo feminino e 54 do sexo masculino.

Em função de haver suspeita do diagnóstico de TDAH, foi aplicado o WISC-III. Sendo que o desempenho das crianças nos subtestes resulta em 3 medidas compostas: QI Verbal (soma dos pontos ponderados nos subtestes Verbais), QI de Execução (soma dos pontos ponderados nos subtestes de Execução) e QI Global (soma dos pontos ponderados nos subtestes Verbais e de Execução).

Os resultados obtidos mostraram que 67,5% dos participantes avaliados apresentaram Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, que equivale a 40 estudantes. Identificou-se 14 meninas e 40 meninos

diagnosticados com esse transtorno, sendo 11,5 anos a média de idade. Através da comparação entre as variáveis categóricas, de acordo com o Teste Exato de Fisher, não deve haver diferença entre crianças com e sem TDAH quanto ao gênero ($p=0,081$), apesar de haver uma tendência dos meninos apresentarem mais do que as meninas. Esta predominância de masculina também é encontrada em outras pesquisas (Vera, Conde, Wajnsztein & Nemr, 2006; Coutinho, Mattos & Araujo 2007; Figueiredo, 2002).

Em relação à repetência de ano na escola, foi verificado que 31 estudantes repetiram algum ano, sendo que 27 destes tiveram o diagnóstico de TDAH. Esse dado corrobora com o do estudo de Milwaukee, referido por Barkley, Murphy & Fischer (2008), que observou uma maior incidência de dificuldades de aprendizagem com maior grau de repetição, suspensão e expulsão da escola em jovens com o transtorno.

Do total de encaminhamentos, 52 estudantes vieram de escola pública, dos quais 38 receberam o diagnóstico de TDAH. Já de escolas particulares, foram encaminhados 28, sendo mais da metade ($n=16$) diagnosticados com TDAH. De acordo com o Teste

Exato de Fisher, não foi constatada diferença estatística significativa no tipo de escola entre as crianças com e sem TDAH ($p= 0,211$).

No entanto, como pode ser visto na Tabela 1, a maioria das crianças e adolescentes com TDAH apresentaram um QI dentro do termo Médio, sendo que as sem TDAH apresentaram um QI dentro do termo Muito Superior. É possível identificar, todavia, que as crianças com TDAH apresentaram, em média, resultados menores e significativamente diferentes aos resultados das crianças sem TDAH no que diz respeito ao QI Global, Verbal e de Execução. Pode-se pensar que isto acontece, em função das características de quem possui o diagnóstico, como desatenção, dificuldade de concentração, impulsividade, ansiedade, dentre outros, acaba por comprometer a capacidade de realizar atividades, dificultando o raciocínio. Não sendo necessariamente um problema cognitivo de inteligência. Outros estudos também apontam menores índices de inteligência em portadores do transtorno, porém, segundo Barkley (2002), esta baixa pode refletir, em grande parte, em função dos problemas secundários impostos pela condição de TDAH e não propriamente o comprometimento da inteligência.

Tabela1- Médias, desvio-padrão e significância do Quociente de Inteligência Global (QIG), Quociente de Inteligência Verbal (QIV) e Quociente de Inteligência de Execução (QIE):

QIs	Médias					
	Participantes Sem TDAH	Desvio-Padrão	Participantes Com TDAH	Desvio-Padrão	t	p
QI Global	128,35	17,7	113,2	16,2	3,788	0,000
QI Verbal	126,5	18,4	112,33	15,4	3,601	0,001
QI Execução	125,54	16,9	111,19	15,2	3,805	0,000

Fonte: Elaboração própria

Pode-se ver que para os três tipos de QI, houve menor valor nos estudantes com TDAH. O QI Verbal dos estudantes com o transtorno foi de 112,33 (dp= 15,4). Conforme o teste t de Student, existe diferença significativa entre os QI's quando são comparadas as crianças com TDAH e sem a patologia, onde as crianças com TDAH apresentaram resultados inferiores nos QI's global, verbal e de execução. Dado semelhante foi encontrado no de Coutinho, Mattos, Malloy-Diniz (2009) que comparou dois grupos de jovens: um que tinha TDAH e um grupo controle que não tinha o transtorno. Através da análise de dados, foram encontradas diferenças significativas en-

tre o grupo com TDAH e o grupo controle em todos os escores verbais. Sendo importante considerar que QI é preditor específico do rendimento acadêmico, conferindo pior prognóstico quando associado ao TDAH (Pereira, Araújo & Mattos, 2005).

Através da análise da Tabela 1, de acordo com o Teste T de Student, deve haver diferença significativa nos QI's, ao comparar os estudantes com e sem TDAH. As crianças com o transtorno apresentam resultados inferiores no QI (em média), onde é: $p < 0,001$ para QIG e QIE e $p = 0,001$ para QIV.

Como pode-se ver na Tabela 2, em relação aos índices fatoriais, foi visto que os estudantes com TDAH apresentaram diferenças significativas, isto é, resultados inferiores para os índices: ICV, IOP, IRD e IVP, ao se comparar com os estudantes que não apresentaram o diagnóstico. Também, de acordo com o Teste T de Student, deve haver diferença significativa nos índices fatoriais comparando as crianças com e sem TDAH, onde os participantes com o transtorno apresentaram resultados inferiores nos índices fatoriais (em média) ($p = 0,001$ para CV e $p < 0,001$ para os demais). A Análise do Teste T Student foi realizada através comparação entre dois grupos (com e sem TDAH) quanto a variáveis quantitativas (índices fatoriais) com distribuição normal.

Tabela 2- Médias, desvio-Padrão e significância dos Índices Fatoriais (ICV, IOP, IRD, IVP) dos participantes com e sem TDAH:

Índices Fatoriais	TDAH	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Índice de Compreensão Verbal (ICV)	Sem TDAH	26	125,85	17,324	3,358	0,001
	Com TDAH	54	113,09	15,197		
Índice de Organização Perceptual (IOP)	Sem TDAH	26	125,27	16,636	3,683	0,000
	Com TDAH	54	111,63	14,957		
Índice de Resistência a <u>Distrabilidade</u> (IRD)	Sem TDAH	26	117,08	17,962	4,810	0,000
	Com TDAH	54	99,76	13,514		
Índice de Velocidade de Processamento (VP)	Sem TDAH	26	116,69	18,925	3,871	0,000
	Com TDAH	54	100,59	16,668		

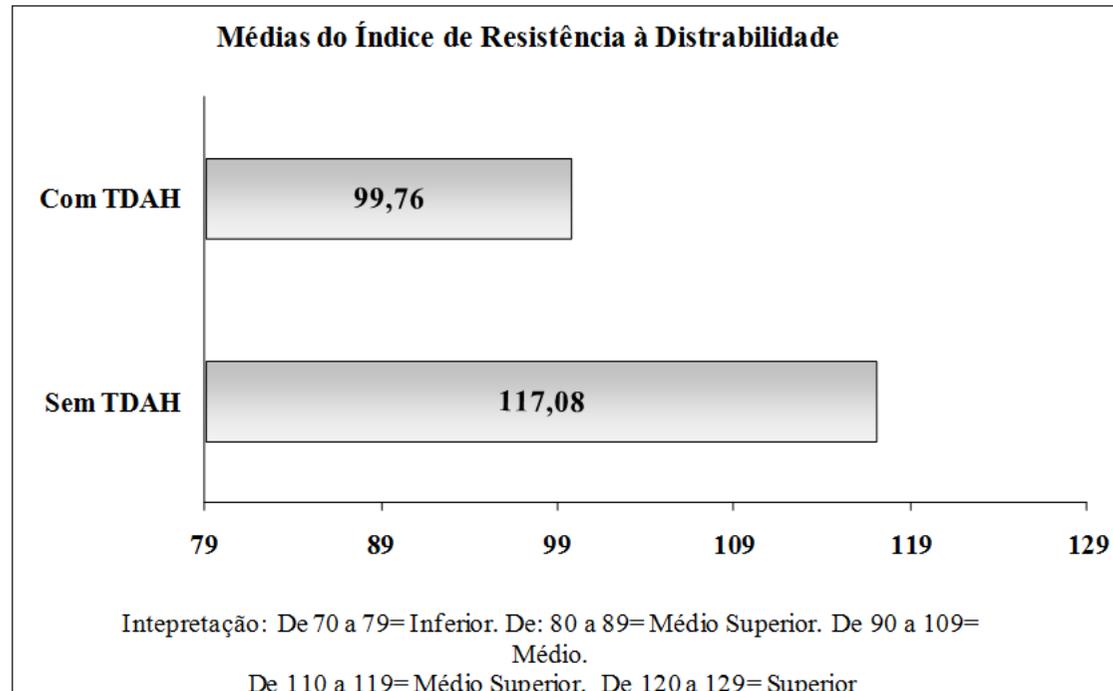
Fonte: elaboração própria

No Gráfico 1, ao analisar especificamente no Índice de Resistência a Distrabilidade (IRD), foi detectado pontuações significativamente mais baixas em quem apresentou TDAH. Isso pode ocorrer em função da maior tendência à distração presente em indivíduos com o transtorno. A desatenção pode se manifestar de diversas maneiras, como: dificuldade a perceber detalhes, não seguir instruções dadas e não terminar tarefas, tanto escolares, quanto de modo geral e também apresentar relutância em realizar atividades que exijam esforço mental (Graeff & Vaz, 2008).

Considerações Finais

Sabe-se que lidar com alunos com TDAH representa um grande desafio ao sistema educacional e, muitas vezes, os professores estão sobrecarregados e não sabem exatamente como lidar com a problemática (Junqueira, 2010). Em função disso, a importância de instrumentalizar a escola é ressaltada, tanto para o reconhecimento das crianças com esse transtorno,

Gráfico 1- Médias do Índice de Resistência a Distrabilidade(IRD) dos participantes com e sem TDAH:



como possibilitar formas de abordagem em sala de aula, de modo a promover um ambiente propício à aprendizagem.

Embora sejam conhecidas as limitações de um estudo cujo delineamento seja transversal, os resultados obtidos no presente estudo mostraram que 67,5% dos protocolos avaliados apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. A maioria das crianças e adolescentes com TDAH apresentaram um QI dentro do termo Médio, sendo que as sem TDAH apresentaram um QI dentro do termo Muito Superior. Também foram detectadas pontuações significativamente mais baixas em participantes com TDAH, no Índice de Resistência a Distrabilidade (IRD). Porém, por tratar-se de um estudo não representativo de uma população, tais inferências não podem ser generalizadas, razão pela qual adquire relevância a condução de outras investigações, sobretudo as de cunho longitudinal.

Todavia, a presente pesquisa nos mostra também diferença significativa no QI, onde as crianças com TDAH apresentaram em média resultados menores para QI Global, Verbal e de Execução, se comparado às crianças sem TDAH. Além disso, as crianças e adolescentes com TDAH apresentaram diferenças significativa nos índices fatoriais, isto é, resultados inferiores para ICV, IOP, IRD e IVP, comparando com as crianças e adolescentes sem TDAH. Estes achados mostram que o instrumento utilizado (WISC-III) é sensível e válido como auxiliar no diagnóstico de crianças com a referida patologia. Por consequência, pode ser considerado um instrumento útil, desde que adequadamente administrado e corrigido, para o auxílio no diagnóstico e encaminhamentos de pacientes portadores de TDAH. Além disso, alguns outros aspectos merecem consideração. A partir dos resultados expostos, percebe-se a importância de se considerar, ainda, outras fontes para a conclusão

da avaliação diagnóstica. O psicólogo deve valer-se de outros recursos, como a prática de observações naturalísticas, condução de entrevistas e registro cauteloso de condutas, busca de esclarecimentos com professores e ou responsáveis pela educação do avaliado, entre outros. Estes cuidados garantem não apenas o compromisso do profissional para com uma prática profissional, mas também subsidiam a confirmação do diagnóstico de TDAH.

Do mesmo modo, é importante levar em consideração os diversos contextos sociais nos quais os estudantes com TDAH convivem e estabelecem suas relações interpessoais e de aprendizagem. A criação e manutenção de projetos de assessoramento, tanto nas instituições de ensino quanto nas famílias deve ser estimulada, de maneira a prover um acolhimento e orientação adequados.

É necessário trabalhos de intervenção focados nas crianças que possuem o diagnóstico. Sabe-se que os prejuízos causados por esse transtorno são sérios e merecem consideração. Pensando que a próxima etapa do ciclo vital a ser vivenciada será a adolescência, é possível de ser almejado que os déficits no desenvolvimento emocional e escolar sejam amenizados a partir de tais ações (Zambom, Oliveira & Wagner, 2006).

Por vezes, os agentes externos facilitam o desencadeamento de TDAH. Apesar de não serem preditores exclusivos, o conflito familiar, a doença mental familiar, o histórico de negligência e a baixa coesão familiar aumentam o risco do transtorno (Biederman, 2005). O estudo de Beaulieu e Normandeau (2012) destaca a importância da eficácia no cuidado parental para com os filhos que possuem o transtorno. Segundo

Sena e Souza (2008) é indiscutível o papel da família tanto no desencadeamento de sintomas como no cuidado para haver a diminuição deles, de modo a prover maior qualidade de vida ao portador. Sugere neste estudo, a realização de treinamentos mais diretivos em habilidades sociais para os pais, visando uma melhor interação com o filho portador e, assim, colaborando com o tratamento, que é multidimensional e multidisciplinar, de forma a agregar amplos contextos da vida do sujeito em questão.

A pesquisa de Graeff e Vaz (2008) conclui da importância do cuidado na avaliação de um caso com suspeita do transtorno, em virtude da popularização das informações, nem sempre claras tanto para população de modo geral, até para o meio pedagógico, podendo ter o risco de se receber, equivocadamente o “rótulo” da doença.

Received: 15/05/2012

Accepted: 10/06/2012

References

- ABDA (Associação Brasileira do Déficit de Atenção) (2011). TDAH: Mitos e suas conseqüências. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/303-mitos-sobre-o-tdah-e-suas-consequencias.html>>. Acesso em: 13 de maio de 2012.
- APA (American Psychiatric Association) (2003). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Araújo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78, (1).
- Barkley, R. A. (2002). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDAH. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley R.A., Murphy, K.R., Fischer M. (2008). ADHD in Adults: What the Science Says. New York. The Guilford Press.
- Beaulieu, M., Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44, (1).
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biology Psychiatry*, 57.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal Psychiatry*, 148, (5).
- Chiarottino, Z. R. (1972). Piaget: modelo e estrutura. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Coutinho, G., Mattos, P., Malloy-Diniz, L. F. (2009). Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*. 2009, 31, (2).
- Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C., Duchesne, M. (2007). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, (5).
- Couto, T. S., Melo-Jr, M. R., Gomes, C. R. A. (2010). Aspectos Neurobiológicos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências e Cognição*, 15, (1).
- DSM IV – TR. (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. ver. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Figueiredo, V. L. M., Vidal, F.A.S., Nascimento, E. (2012). A quarta Edição das Escalas Wechsler de Inteligência In Boruchovitch, E.. A.A.A., Santos, Nascimento, E. Avaliação Psicológica nos contextos educativos e psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, V. L. (2001). Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC- III. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Brasília.
- Figueiredo V. L. (2002). Adaptação e padronização Brasileira da escala de inteligência Wechsler para crianças, 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fontana, R. S. ; Vasconcelos, M.M.; Werner, J. Jr.; Góes, F.V.; Liberal, E.F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*, 65.
- Gatti, B. A., Patto, M. H. S., Costa, M. C. L., Kopit, M. Almeida, R. M. (1981). A reprovação na 1ª série do 1º grau: um estudo de caso. *Cadernos de Pesquisa*. [online], 38.
- Graeff, R; F. e Vaz, C. E. (2006). Personalidade de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por Meio do Rorschach. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, (3).

- Graeff, R. L., Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP, São Paulo*, 19, (3).
- Grillo, E., Silva, R. J. M. (2004). Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 80(2),
- Homer, C. J., Baltz, R.D., Hickson, G.B., et al. (2000) Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105.
- Junqueira, P. A. O impacto do TDAH na sala de aula. (2010). Disponível em: <<http://daniellegabriel.blogspot.com.br/2010/07/o-impacto-do-tdah-na-sala-de-aula.html>>. Acesso em: 20 de maio de 2012.
- Mello, C. B., Argolo, N., Shayer, B.P.M, Abree, N., Godinho K.et al. (2011). Versão Abreviada do WISC-III: Correlação entre QI Estimado e QI Total em Crianças Brasileiras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, (2).
- Noronha, A.P.P., Santos, A.A.A., Rueda, F.J.M., Sisto, F.F. (2012). Estudos Brasileiros com a escala de Inteligência Wechsler para crianças. In: Hutz, C.S., *Avanços em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica de Crianças e Adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pastura, G. M., C., Mattos, P., Araújo, A. P. Q. C. (2005). Desempenho Escolar e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 32, (6).
- Pereira, H. S., Araújo, A. P. Q. C., Mattos, P. (2005). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife*, 5, (4).
- Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, 2, (1).
- Rohde, L. A. P., Benczik, E. B. P. (1999). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o que é? Como ajudar? *Porto Alegre: Artmed*.
- Rohde, L., A., Barbosa, G., Tramontina, S., Polanczyk, G. (2000) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*, 22, (2).
- Santos, L. F. & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão inter disciplinar. *Psic. Teor. e Pesq.*, vol.26, n.4, pp. 717-724.
- Segenreich, D., Mattos, P. (2004). Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH. Uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, (3).
- Sena, S. S., & Souza, K. S. (2008) Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. *Temas em Psicologia*, 16, (2).
- Souza, I. G. S., Serra-Pinheiro, M. A., Fortes, D., Pinna, C. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, (1).
- Vasconcelos, M. M., Werner Jr., J. Malheiros, A. F. A., Lima, D. F. N., Santos, I. S. O., Barbosa, J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61, (1).
- Vera, C. F. D., Conde, G. E. S., Wajnsztein, R., Nemr, K. (2006). Transtorno de aprendizagem e presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de (TDAH). *Revista CEFAC, São Paulo*, 8, (4).
- Wechsler, D. (2002). WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual. 3ª ed.; São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, D. (1991). Wechsler Intelligence Scale for Children - Third Edition (WISC-III): Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Zambom, L. F., Oliveira, M. S., & Wagner, M. F. (2006). A técnica da economia de fichas no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0306.pdf>>. Acesso em: 22 de maio de 2012.
- Zametkin, A. J., & Ernst, M. (1999). Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine*, 340:40-46.