

PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS GRAVES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Camila Zeraik Rodrigues (IC) e Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira (Orientador)

Apoio: PIBIC CNPq

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento social, familiar e escolar, apresentando também um elevado índice de comorbidades psiquiátricas. A identificação de comprometimentos emocionais e comportamentais graves neste transtorno é essencial, uma vez que contribui ao delineamento de intervenções adequadas às necessidades da criança. O estudo teve como objetivos verificar indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH e compará-los em função de gênero e diagnóstico, utilizando para isso o instrumento CBCL 6-18, o qual foi preenchido pelos cuidadores responsáveis pela criança referente aos últimos seis meses. Foram avaliadas 42 crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH e 41 crianças e adolescentes do grupo controle, pareadas por sexo e idade, entre 6 e 14 anos. O teste estatístico não paramétrico U de Mann-Whitney utilizado para comparar os problemas emocionais e comportamentais entre os grupos clínico (com TDAH) e controle em função do sexo mostrou que somente a Escala de Atenção apresentou diferenças estatisticamente significativas. O teste estatístico Qui-Quadrado verificou associação entre a condição diagnóstica e o número de itens críticos que indicavam problemas emocionais e comportamentais graves identificando três dos 12 itens 1) fala que vai se matar, 2) machuca-se de propósito ou já tentou se matar e 3) ser cruel com animais. Os itens críticos do CBCL alertam para problemas de saúde mental que indicam a necessidade de uma avaliação mais exaustiva de crianças e adolescentes com TDAH, mesmo aqueles que têm a suspeita, mas não confirmam um diagnóstico do transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Crianças. Problemas emocionais e comportamentais.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with social, family and school functioning, and also has a high rate of psychiatric comorbidities. The identification of serious emotional and behavioral problems in this disorder is essential, since it contributes to the design of interventions appropriate to the child's needs. This study aimed to verify indicators

of serious emotional and behavioral problems in children with ADHD and compare them according to gender and diagnosis, using the CBCL 6-18 inventory, which was completed by the caregivers about the last six months. We evaluated 42 children and adolescents diagnosed with ADHD and 41 children and adolescents of control group, matched for sex and age, between 6 and 14 years old. The Mann-Whitney U non-parametric statistical test, used to compare the emotional and behavioral problems between the clinical (with ADHD) and control groups according to sex, showed that only the Attention Scale showed statistically significant differences. The Qui-Square statistical test showed an association between the diagnosis and the number of critical items that indicated serious emotional and behavioral problems, identifying three of the 12 items 1) speech that he will kill himself, 2) hurt himself on purpose or has already tried to kill himself and 3) being cruel to animals. The critical items of the CBCL alert to mental health problems that indicate the need for a more comprehensive assessment of children and adolescents with ADAH, even those who are suspect but do not confirm the diagnosis of disorder.

Keywords: Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Children. Emotional and behavioral problems.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento social, familiar e escolar. De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o mesmo tem prevalência estimada na população infantil em cerca de 5% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION/APA, 2014). Estudos brasileiros sobre prevalência do transtorno têm reportado taxas semelhantes a depender do tipo de seleção amostral e dos instrumentos de avaliação diagnóstica utilizados. Destaca-se nestes estudos o trabalho de La Maison e colaboradores conduzido em um grupo populacional formado por 3562 crianças de 11 anos de idade, que revelou 4% de prevalência para TDAH (LA MAISON, MUNHOZ, SANTOS et al., 2018).

Políticas públicas brasileiras preconizam que o TDAH, bem como outros transtornos do desenvolvimento devem ser diagnosticados na infância, assim que os primeiros sinais e sintomas apareçam (BRASIL, 2016). Os fatores associados com o transtorno são heterogêneos, tanto os de tipo biológico como ambiental, e acabam delineando um perfil cognitivo e emocional-comportamental de difícil manejo ao longo da vida (APA, 2014; TEIXEIRA, MARINHO, CARREIRO, 2015). Estes fatores podem ser considerados de risco e de prognóstico de acordo com o DSM-5 (APA, 2014). Dentre os fatores ambientais podem ser citados muito baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções e uso de substâncias neurotóxicas (ex. álcool e drogas) na gestação, dentre outros (APA, 2014; FRANZ, BOLAT, BOLAT et al., 2018). Dentre os genéticos e fisiológicos citam-se as histórias pregressas de familiares de 1º grau com o transtorno, como um dos fatores mais importantes (FRANZ, BOLAT, BOLAT et al., 2018).

Um dos principais problemas do TDAH é que, desde a infância, no desenvolvimento e curso do transtorno, há evidências científicas de um elevado índice de comorbidades psiquiátricas, sendo as mais citadas aquelas cujos quadros clínicos se caracterizam, principalmente, por manifestações emocionais e comportamentais externalizantes e internalizantes. Por exemplo, o Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno de Ansiedade, Transtornos Depressivos e Transtorno de Conduta (CAYE, ROCHA, ANSELMi et al., 2016; OTTOSEN, PETERSEN, LARSEN et al., 2016; OTTOSEN, LARSEN, FARAONE et al., 2019). Uma avaliação diagnóstica criteriosa de TDAH demanda procedimentos de avaliação neuropsicológica, comportamental e de funcionamento adaptativo em conjunto com avaliações neurológicas (CARREIRO, SCHWARTZMAN, CANTIERE et al., 2014).

De um lado, neste tipo de avaliação, a identificação de comprometimentos emocionais e comportamentais graves é essencial considerando que muitos problemas emocionais e comportamentais podem ser comuns a diferentes transtornos comórbidos com TDAH (BOR, HEATH, HEUSSLER et al., 2013; BÉLANGER, ANDREWS, GRAY et al., 2018). De outro, esta identificação, pode auxiliar no delineamento de intervenções adequadas às necessidades da criança. Um quadro clínico de TDAH demanda expertise, tanto no processo de avaliação diagnóstica como no processo de intervenção, pois o prognóstico do transtorno depende de diversos fatores, sendo a maioria deles associados ao tipo de intervenção (uso de medicação, estimulação cognitiva e treinamento de pais e manejo familiar, dentre outros) (CORTESE, TOMLINSON & CIPRIANI, 2019).

Há evidências científicas que mostram a necessidade de avaliar e monitorar problemas emocionais e comportamentais em crianças com queixas neurocomportamentais associadas ao TDAH (BÉLANGER, ANDREWS, GRAY et al., 2018), porém nem sempre são utilizados protocolos de avaliação abrangentes na tentativa de verificar sinais e sintomas cognitivos e comportamentais correlatos à queixa desatencional e/ou hiperativa-impulsiva relatada pelos cuidadores sobre a criança (HALPERIN & MARKS, 2019). Com isso a avaliação pode ser insuficiente para um plano de intervenção adequado em domínios emocionais e comportamentais. Em função do anterior definiram-se o principal problema de pesquisa do projeto: a) como se comportam indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH?; b) existem diferenças de gênero em relação a problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH?

Atualmente existem instrumentos de avaliação comportamental e emocional com adequadas propriedades psicométricas para a população brasileira que possibilitam explorar indicadores graves desse espectro de problemas e que têm sido amplamente utilizados em crianças e adolescentes com TDAH (MUSSEY & RAIKE, 2019). Trata-se dos inventários que compõem o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado (ASEBA/ Achenbach System of Empirically Based Assessment) de Achenbach e Rescorla (2001a; 2001b; 2004; 2012). Os instrumentos ASEBA que avaliam a população infanto-juvenil de 6 a 18 anos contém um conjunto de itens, denominados 'itens críticos', que avaliam problemas graves emocionais e comportamentais, por exemplo, machucar-se de propósito ou tentar se matar, escutar sons ou vozes que não existem, fugir de casa e falar que vai se matar, dentre outros (ACHENBACH & RESCORLA, 2004). E, apesar dos itens críticos dos instrumentos ASEBA serem passíveis de verificar alguns desses problemas graves emocionais e comportamentais, são praticamente inexistentes estudos que explorem isoladamente esses itens em grupos clínicos com TDAH, se comparado ao uso das escalas dos mesmos instrumentos. Também no Brasil

existem outros instrumentos com adequadas propriedades psicométricas que avaliam estilos parentais educativos (GOMIDE, 2006; OLIVEIRA, COSTA, ALBUQUERQUE et al., 2018).

Baseado nesta justificativa, espera-se que o projeto contribua para o preenchimento desta lacuna e, ao mesmo tempo, permita mostrar a necessidade de verificar indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH. E, considerando as diferenças de proporção de taxas de prevalência de TDAH em função e gênero (4 meninos:1 menina, APA, 2014), espera-se que o estudo possa determinar se há diferenças na distribuição de problemas graves emocionais e comportamentais em função de gênero nas crianças com TDAH do grupo a ser estudado e a relevância do diagnóstico. Baseado nesta justificativa, definem-se o objetivo do projeto.

1.1 Objetivo

a) Verificar indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH e compará-los em função de gênero.

b) Verificar indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em função de diagnóstico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza pela tríade sintomatológica de desatenção e hiperatividade e impulsividade. Alguns dos déficits e excessos comportamentais do quadro clínico, de acordo com o DSM-5 são deixar de prestar atenção em detalhes ou cometer erros por descuido em tarefas escolares ou durante outras atividades, dificuldades de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e para seguir instruções até o fim, não conseguir terminar trabalhos escolares, batucar mãos ou pés, ficar em pé em situações em que se espera que permaneça sentado, correr ou subir nas coisas em situações em que isso é inapropriado, dificuldade para se envolver em atividades de lazer calmamente, falar demais, dificuldades para esperar a vez, interromper ou se intrometer, etc. (APA, 2014; ROHDE, HALPEN, 2004; STEFANINI et.al., 2015; PALMINI et.al., 2007; HORA et.al., 2015). Apesar de ainda não haver um consenso definitivo sobre a etiologia do transtorno, evidências indicam que é um transtorno heterogêneo de origem multifatorial, integrando fatores genéticos (com forte influência de herdabilidade), bem como fatores de origem ambiental (STEFANINI et.al., 2015; HORA et.al., 2015; POLANCZYK et.al., 2012). Outra característica é ser um transtorno “childhood outset”, ou seja, os primeiros sinais aparecem no início da infância e, em 65%-75% dos casos, persistem até a idade adulta (APA, 2014).

Nas duas últimas décadas, estudos enfatizam a complexidade desse transtorno em razão do próprio quadro clínico, da alta frequência de comorbidades psiquiátricas e pela elevada

prevalência de problemas emocionais e comportamentais, muitos dos quais podem ser graves (REINHARDT et.al., 2013; PASTURA et.al., 2007; SOUZA et.al., 2007; PALMINI et.al., 2007, FRANZ et al., 2018; OTTOSEN, et al., 2019). Uma das definições e classificações mais aceitas sobre problemas emocionais e comportamentais iniciou com os trabalhos de Edelbrock e Achenbach (1980) que atualmente é compreendida dentro de duas categorias que são os problemas externalizantes e internalizantes. Problemas emocionais e comportamentais externalizantes afetam predominantemente outras pessoas, por exemplo, agressividade, hiperatividade, desafio, não seguimento de regras, etc. Os problemas emocionais e comportamentais internalizantes referem-se a comportamentos cujo principal componente está no âmbito privado, afetando em menor intensidade os outros e mais à própria pessoa que os manifesta, por exemplo, isolamento, tristeza, retraimento, ansiedade, timidez, etc. (ACHENBACH & RESCORLA, 2001a; 2001b).

Estudos brasileiros sobre comorbidades do TDAH em populações infantis e juvenis têm dado prioridade à verificação desses transtornos comórbidos em termos do diagnóstico (KARAM, ROVARIS, BREDÁ et al., 2017; LA MAISON et al., 2018). Entretanto, são escassos os trabalhos voltados para a identificação de problemas emocionais e comportamentais que possam sinalizar outras sintomatologias graves psiquiátricas que auxiliem no estabelecimento de ações de intervenção com níveis maiores de especificidade. Também é essencial envolver a família nas intervenções em função das necessidades de manejo da criança. No que diz respeito a este manejo familiar, são os padrões desajustados de interação familiar e práticas educativas parentais inadequadas alguns dos aspectos mais estudados, pois os mesmos podem influenciar o curso, agravar sinais e sintomas e contribuir para o desenvolvimento secundário nessas crianças de problemas de comportamentos como desafio, oposição, agressividade, retraimento e isolamento (TUNG, BRAMMER, LI et al., 2014; WANG, MAZURSKY-HOROWITZ, CHRONIS-TUSCANO, 2014; TEIXEIRA, MARINHO, CARREIRO, 2015; CORTESE, TOMLINSON & CIPRIANI, 2019). Alguns dos estilos de parentalidade que se associam com um pior prognóstico do TDAH na infância são o uso da punição, a negligência parental e a superproteção (TEIXEIRA, MARINO & CARREIRO, 2015; ROY, HECHTMAN, ARNOLD et al., 2016). Considerando este embasamento teórico apresenta-se o método do projeto.

3. METODOLOGIA

3.1 Procedimentos metodológicos

A amostra do estudo será selecionada do protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade oferecido em um centro de referência nacional que presta serviços à

comunidade na identificação e sinais de TDAH em crianças e adolescentes e que pertence ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (CARREIRO et al., 2014). O grupo será composto pelos cuidadores responsáveis de 40 crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH, entre 6 e 16 anos que cursem entre o 1º e 9º ano do Fundamental. O diagnóstico de TDAH será baseado nos critérios clínicos do DSM-IV e DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010; 2014). Para a seleção da amostra foi controlado no grupo a presença de rebaixamento intelectual assim como outras doenças físicas e psiquiátricas mediante utilização da Escala de Inteligência para Crianças WISC-III (WECHSLER, 2002). Para pertencer à amostra será estabelecido quociente de inteligência ≥ 70 . Outros critérios de exclusão adotados serão doenças como síndromes genéticas e Transtornos do Espectro do Autismo, nos quais padrões desatencionais são recorrentes. A exclusão de participantes com estas condições clínica será feita mediante avaliação clínicamédica por neurologista infantil. O projeto será submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

3.2 Instrumento de coleta de dados

a) Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos/ Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18): O inventário será preenchido pelos cuidadores responsáveis, referente aos últimos seis meses. Composto por 118 itens, o inventário é dividido em duas partes, sendo a primeira parte destinada a avaliação da competência social/ funcionamento adaptativo da criança ou adolescente e a segunda parte referente à identificação de problemas emocionais e comportamentais. A Escala de Competências fornece escores para envolvimento social, desempenho acadêmico e realização de atividades. Já a segunda parte, que identifica perfis comportamentais, é composta pelas Escalas das Síndromes, escalas de problemas internalizantes e problemas externalizantes, e as Escalas Orientadas pelo DSM. As Escalas das Síndromes englobam problemas referentes à ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão; Queixas Somáticas; Problemas Sociais; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo. Já o Perfil das Escalas Orientadas pelo DSM englobam problemas de depressão, de ansiedade, somáticos, de déficit de atenção e hiperatividade; desafiador opositivo e de conduta (ACHENBACH, RESCORLA, 2001; BORDIN et al., 2013). Cada item do instrumento pode ser preenchido atribuindo 0 - se o mesmo não é verdadeiro para a criança ou adolescente, 1 - se é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro e, 2 - se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Do conjunto de 113 itens que compõem o CBCL, nove são itens críticos: falar que vai se matar; machucar-se de proposito ou tentar se matar; escutar sons ou vozes que não existem; mexer nas partes intimas em público; ver coisas que não existem; fugir de casa; por fogo nas coisas; usar drogas (excluindo tabaco e álcool) e,

atacar fisicamente as pessoas (ACHENBACH & RESCORLA, 2001). Os dados que farão parte do estudo para a verificação de indicadores de problemas comportamentais e emocionais graves serão esses itens críticos.

3.3 Procedimento de coleta e análise de dados

A coleta de dados se dará em sala de atendimento individual, junto aos cuidadores. Todos os dados coletados serão organizados em um banco com o auxílio do programa SPSS, versão 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences). As comparações das distribuições de respostas em cada item crítico e nas escalas de problemas externalizantes, internalizantes e totais do CBCL/6-18 em relação a (1) sexo e diagnóstico das crianças e (2) itens críticos serão realizados empregando-se o teste de Qui-Quadrado. Para os testes estatísticos serão adotados um nível de significância de 5%. Valores de $p > 0,5$ e $< 0,10$ serão considerados marginalmente significantes

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivos verificar indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH e compará-los em função de gênero. Para isso utilizamos o instrumento CBCL 6-18 uma vez que é um instrumento que além de conter escalas específicas de síndromes de problemas de comportamento relativas a indicadores de ansiedade, depressão, problemas de atenção, comportamentos de quebrar regras, queixas somáticas de fundo emocional, dentre outras, ele oferece separadamente a possibilidade de visualizar a presença de comprometimentos emocionais e comportamentais graves, nomeados no instrumento como itens críticos.

A distribuição de parentesco dos informantes pelas crianças foi 92,77% mãe ou pai biológico, 3,61% mãe ou pai adotivo, 1,20% madrasta ou padrasto e 2,41% outros. Das 83 crianças participantes, 55 são do sexo masculino (66,3%), 69,9% da amostra tem idade entre 6 e 10 anos de idade e 30,1% entre 11 e 13 anos. Das 83 crianças 42 (50,6%) tem diagnóstico de TDAH. Na tabela 1 apresenta-se a sociodemográfica e clínica da amostra.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Critério	Sexo			Faixa Etária			Diagnóstico		
	menino	menina	Total	6 a 10 anos	11 a 13 anos	Total	Com TDAH	Sem TDAH	Total
Frequência	55	28	83	58	25	83	42	41	83
Porcentagem	66,3	33,7	100	69,9	30,1	100	50,6	49,4	100

De acordo com o perfil da amostra optamos por analisar os dados coletados através do teste estatístico não paramétrico U de Mann-Whitney para comparar os problemas emocionais e comportamentais em entre os grupos clínico (com TDAH) e controle, como mostra a Tabela 2. Apesar da proximidade das médias e medianas, o efeito do tipo de grupo somente foi verificado na escala de problemas de atenção. O uso desta escala de atenção do CBCL tem sido útil no rastreamento de sinais e correlatos comportamentais de dificuldades atencionais (DERKS, 2006) e, atualmente outras escalas do inventário como a de pensamento cognitivo lento está sendo adotada para rastreamentos iniciais dessas queixas (ÜNSELBOLAT, ERCAN, BOLAT et al., 2019; Estudo de revisão sistemática identificou, para a escala de problemas de atenção e hiperatividade do CBCL, índices de sensibilidade entre 0,72 e 0,77 e especificidade acima de 0,80 (CHANG, WANG, TSAI., 2016). Observa-se na tabela 2 que há diferenças estatisticamente significantes entre a quantidade de problemas atencionais medidos pela escala, sendo o grupo clínico o que apresenta, de acordo com os pais, maiores comprometimentos nos correlatos comportamentais da atenção ($U=650$; $p= 0,05$). Observa-se na tabela 2 que nas demais escalas, os escores médios obtidos estão abaixo de 65 pontos de escore T, sinalizando que a classificação dos grupos clínico (com TDAH) e controle foi na faixa da normalidade em função das respostas que os pais deram ao CBCL.

Tabela 2. Comparação de problemas emocionais e comportamentais entre crianças com e sem TDAH mediante teste U de Mann-Whitney

Médias de Escore T das escalas das síndromes do CBCL	Diagnóstico	N	Média	Desvio padrão	Mediana	U de Mann-Whitney	Valor de p
Ansiedade Depressão	Com TDAH	42	63,45	8,09	44,75	745,5	0,292
	Sem TDAH	41	63,03	8,33	39,18		
Retraimento/Depressão	Com TDAH	42	60,80	9,89	40,6	802	0,588
	Sem TDAH	41	61,04	9,52	43,44		
Queixas Somáticas	Com TDAH	42	59,52	8,97	44,89	739,5	0,262
	Sem TDAH	41	59,11	9,59	39,04		
Problemas de Sociabilidade	Com TDAH	42	62,82	9,34	44,43	759	0,352
	Sem TDAH	41	62,58	9,24	39,51		
Problemas com o Pensamento	Com TDAH	42	61,02	8,55	44,23	767,5	0,392
	Sem TDAH	41	61,12	8,55	39,72		
Problemas de Atenção	Com TDAH	42	70,71	11,17	47,02	650	0,054
	Sem TDAH	41	69,67	11,39	36,85		
Violação de Regras	Com TDAH	42	57,70	7,39	43,54	796,5	0,554
	Sem TDAH	41	57,11	7,11	40,43		
Comportamento Agressivo	Com TDAH	42	63,11	9,95	45,82	700,5	0,143
	Sem TDAH	41	63,24	10,04	38,09		
Internalização	Com TDAH	42	62,88	9,44	44,13	771,5	0,415
	Sem TDAH	41	62,53	9,8	39,82		
Externalização	Com TDAH	42	60,41	9,85	45,07	732	0,239
	Sem TDAH	41	60,53	9,42	38,85		
Problemas Emocionais/Comportamentais Totais	Com TDAH	42	64,75	8,85	45,86	699	0,14
	Sem TDAH	41	64,37	9,13	38,05		

Realizamos o mesmo procedimento estatístico utilizando o teste U de Mann-Whitney para comparar os problemas emocionais e comportamentais na amostra em função do sexo, como mostra a Tabela 3. Novamente, somente a escala de problemas de atenção mostrou efeito da variável sexo, pois a mediana de problemas nessa escala foi maior nas meninas comparado com os meninos ($U=492$; $p=0,007$). Observa-se na tabela 3 que nas escalas das síndromes restantes, os escores médios obtidos estão abaixo de 65 pontos de escore T, sinalizando que a classificação das meninas e dos meninos foi na faixa da normalidade, em função das respostas que os pais deram ao CBCL.

Tabela 3. Teste T Mann-Whitney para comparar as médias nas escalas das síndromes de problemas de comportamento em função do sexo.

Médias de Escore T das escalas das síndromes do CBCL	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Mediana	U de Mann-Whitney	Valor de p
Ansiedade Depressão	menino	55	63,62	11,3	42,95	717,5	0,613
	menina	28	63,32	9,09	40,13		
Retraimento/Depressão	menino	55	60,97	9,79	40,85	706,5	0,538
	menina	28	61,18	10,24	44,27		
Queixas Somáticas	menino	55	59,80	11,84	40,9	709,5	0,555
	menina	28	59,39	9,17	44,16		
Problemas de Sociabilidade	menino	55	62,60	12,12	41,3	731,5	0,71
	menina	28	62,77	10,21	43,38		
Problemas com o Pensamento	menino	55	61,02	8,58	41,97	768,5	0,988
	menina	28	61,11	8,64	42,05		
Problemas de Atenção	menino	55	70,24	10,83	36,95	492	0,007
	menina	28	70,76	10,72	51,93		
Violação de Regras	menino	55	57,14	7,3	39,08	609,5	0,12
	menina	28	57,39	7,4	47,73		
Comportamento Agressivo	menino	55	63,14	10,28	43,15	706,5	0,54
	menina	28	62,87	9,32	39,73		
Internalização	menino	55	63,13	8,84	42,76	728	0,686
	menina	28	62,80	10,71	40,5		
Externalização	menino	55	60,26	16,91	41,83	760,5	0,927
	menina	28	60,17	9,57	42,34		
Problemas Emocionais/Comportamentais Totais	menino	55	64,74	8,88	41,37	735,5	0,739
	menina	28	64,54	8,94	43,23		

Dessa forma, o fato de ser menina parece interferir na percepção dos responsáveis para responder aos sinais contemplados nesta escala de atenção. De acordo com a literatura as diferenças entre o sexo feminino e masculino no Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade não devem ser atribuídas apenas ao fator neurológico, uma vez que as crianças são influenciadas também por fatores biológicos, culturais e motivacionais que fazem com que homens e mulheres tenham comportamentos distintos na sociedade (CARDOSO, 2014).

Estudos demonstram que a proporção entre meninos e meninas com TDAH variam de 2:1 a 9:1 conforme o tipo do transtorno - Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo ou Combinado - ou a natureza da amostra - comunitária, clínica ou

escolar – (CARDOSO, 2007). De acordo com Slobodin e Davidovitch (2019), o TDAH se manifesta de diferentes formas de acordo com o sexo, meninas tendem a ter mais problemas de atenção e mais problemas internalizantes - ansiedade, depressão - do que meninos, e meninos mais problemas externalizantes - problemas de conduta, transtorno desafiante opositor -, impulsividade e hiperatividade. Neste estudo, com exceção dos problemas de atenção que foram mais elevados no grupo de meninas, nos demais problemas de comportamento não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Dos 113 itens que compõem o CBCL/6-18, 12 itens se encaixam na categoria de itens críticos, por exemplo, machucar-se de propósito ou tentar se matar, escutar sons ou vozes que não existem, fugir de casa e falar que vai se matar, colocar fogo nas coisas, mexer nas partes íntimas em público, dentre outros (ACHENBACH & RESCORLA, 2004; ACHENBACH, 2009). Esses itens críticos indagam queixas emocionais que, embora sejam inespecíficas em relação a determinados transtornos, os sinais são manifestações que podem ocorrer em diferentes problemas de saúde mental. A denominação de crítico é por si só ‘indicativa de manifestações emocionais e comportamentais graves que, se apresentadas pela criança, deveriam ser percebidas pelos pais, seja para fins de monitoramento ou, para a procura de serviços de saúde mental para avaliação e intervenção (ACHENBACH & RESCORLA, 2001; ACHENBACH, 2009).

Para verificar se havia associação entre a condição diagnóstica e o número de itens críticos, foi conduzido um teste estatístico Qui-Quadrado. A testagem da associação foi estatisticamente significativa para três dos 12 itens, sendo estes 1) fala que vai se matar, 2) machuca-se de propósito ou já tentou se matar e 3) é cruel com animais. Na tabela 4 mostraram-se os resultados estatisticamente significantes, considerando que os demais testes de associação não mostraram significância estatística.

Tabela 4. Resultado do teste Qui quadrado sobre associação entre a condição diagnóstica e o número de itens críticos.

Itens Críticos do CBCL 6-18		Fala que vai se matar				Machuca-se de propósito ou já tentou se matar				É cruel com animais			
		Não	Sim	Qui-quadrado de Pearson	Valor de p	Não	Sim	Qui-quadrado de Pearson	Valor de p	Não	Sim	Qui-quadrado de Pearson	Valor de p
Com TDAH	Contagem Observada	42	0			42	0			39	3		
	Contagem Esperada	41	1,5			39,5	2,5			35	6,6		
	Resíduos Ajustados	1,8	-2	3,188	0,07	2,3	-2,3	5,45	0,02	2,2	-2	4,672	0,031
Sem TDAH	Contagem Observada	38	3			36	5			31	10		
	Contagem Esperada	40	1,5			38,5	2,5			35	6,4		
	Resíduos Ajustados	-1,8	1,8			-2,3	2,3			-2,2	2,2		

Os valores dos V de Cramer indicam uma associação de aproximadamente 19,6%, 26% e 21% dos itens críticos fala que vai se matar, machuca-se de propósito/já tentou se matar e é cruel com os animais, respectivamente, com a condição diagnóstica.

Os valores dos resíduos ajustados da tabela 4 nos mostram que, para o item “falar que vai se matar” não houve diferença entre a contagem observada e a contagem esperada, não cumprindo a previsão estabelecida de possíveis associações entre a condição diagnóstica e número de itens críticos desse tipo. Já, os valores dos resíduos ajustados (acima de 1,96) mostram que, para o item “machuca-se de propósito ou já tentou se matar” a apresentação desta queixa está relacionada com o grupo não clínico. Isso indica que as crianças do grupo controle têm mais comprometimentos nesse indicador grave de problema de comportamento ($X^2=5.45$; $p=0,02$). Apesar desse item crítico estar relacionado com ideias de morte, nenhuma das crianças fazia uso de serviços de saúde mental no momento da coleta de dados. E, embora o item não possa ser interpretado como ideação suicida, trata-se de um indicador de problema emocional grave, mesmo sendo inespecífico. Estudo brasileiro que utilizou dados dos Sistema de Informações Hospitalares, SIH) and Mortality Information System (Sistema de Informações sobre Mortalidade, SIM) para verificar taxas de mortes de crianças abaixo de 10 anos entre 1998 e 2018 mostrou índices alarmantes de mortes por comportamentos de automutilação (STUDART-BOTTÓ, MARTINS-JUNIOR, SARMENTO et al., 2019). O CBCL é

um instrumento de rápida e fácil aplicação que pode identificar esse tipo de risco, como afirmam Ratheesh et. al. (2015), defendendo que algumas subescalas do CBCL demonstraram validade e utilidade para a predição de alguns transtornos psiquiátricos.

Como mostra a Tabela 4, para o problema emocional ser cruel com animais, no grupo de crianças e adolescentes sem TDAH a contagem observada se mostrou superior à contagem esperada (10 casos de observados de 6,4 esperados). Estudos apontam correlação entre a crueldade contra os animais na infância com violência interpessoal ou a outros tipos de comportamento digressivo na idade adulta, afirmando que ‘ao observarem ou ao cometerem elas próprias agressões contra animais, as crianças fossem perdendo a sensibilidade ao sofrimento dessas criaturas bem como o respeito pelas suas vidas e acabassem por adotar, pouco a pouco, a mesma conduta para com os humanos’ (FONSECA, DIAS, 2011). Uma limitação do estudo foi não explorar fatores associados à violência ou crueldade contra animais de acordo com o item crítico do CBCL. Por exemplo, estudo anterior de Kellert & Felthous (1985) apresenta uma lista de possíveis fatores associados ao comportamento de violência contra os animais, sendo elas: 1) controlar os animais, 2) retaliar contra os animais; 3) satisfazer os preconceitos contra certas espécies ou raças; 4) servir-se dos animais para expressar agressão contra alguém (v.g. contra um familiar); 5) reforçar a sua própria agressividade; 6) chocar as pessoas para se divertir; 7) retaliar contra outra pessoa utilizando para isso os animais; 8) generalizar a agressividade de uma pessoa para um animal; 9) sadismo não específico ou generalizado. Dessa forma torna-se necessário a diferenciação dos tipos de violência – o que não é realizado no CBCL 6-18 -, uma vez que elas não causam o mesmo grau de sofrimento e não possuem a mesma probabilidade de serem preditores de violência interpessoal em sua fase adulta (FONSECA, 2011). Ademais, casos de violência contra os animais normalmente coexiste com outros problemas desde muito cedo na vida de certos indivíduos, como violência doméstica (MILLER, 2011). Visto isso, a predominância e a maior quantidade de casos obtidos do que casos esperados pelo Grupo Controle de nossa amostra pode-se dever a questões sociais não abrangida neste estudo.

A partir da análise estatística o teste Qui Quadrado de amostras independentes mostrou que existe associação entre o desenvolvimento de problemas graves emocionais e comportamentais – em específico os em destaque na Tabela 4 - e ter suspeita de TDAH, porém sem confirmação diagnóstica. Dessa forma, nosso objetivo inicial de verificar como se comportam indicadores de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com TDAH foi surpreendido pelo resultado de nossa pesquisa, onde mostra que a correlação relevante se deu no grupo controle, o qual anteriormente possuíam suspeita de TDAH - diagnóstico que foi descartado após avaliação clínica médica, neuropsicológica, comportamental e escolar.

Dessa forma torna-se relevante observar o impacto da suspeita diagnóstica de TDAH para a criança/adolescente. Pais e professores em uma tentativa de justificar a dificuldade escolar e inquietude da criança, acabam realizando o que Antonio (2011) chama de movimento pré-diagnóstico. Neste momento a criança passa a ser enquadrada na condição de “doente”, assumindo a condição imposta pelo ambiente social, onde seus comportamentos são seguidos de discursos desqualificatórios e estigmatizadores (SIGNOR, SANTANA, 2020). Portanto, em um ambiente disciplinador e regrado, comportamentos que não correspondem às expectativas deste meio social passam a ser julgados e tratados como patológicos, digno de tratamento e muitas vezes medicalização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se essencial compreender que este estudo não abrangeu questões sociais que poderiam ser relevantes na análise e interpretação de dados, como a avaliação das práticas educativas parentais. Além disso, este estudo obteve um único informante para o preenchimento do CBCL/6-18, e para uma avaliação mais abrangente estudos recomendam o uso de informantes para que assim seja possível comparar também a frequência, manifestações e o contexto dos comportamentos.

Por meio dos Itens Críticos do CBCL podemos identificar a real necessidade das crianças/adolescentes do ponto de vista de serviço de saúde mental, uma vez que, apesar de estes não apontarem diretamente para um sinal psiquiátrico, alertam comportamentos que sinalizam a necessidade de uma avaliação mais exaustiva, como no caso desse estudo. No caso deste estudo, esses problemas mais graves foram igualmente prevalentes nos dois grupos (grupo com TDAH e grupo sem TDAH) sinalizando que ambos apresentam demandas comportamentais e emocionais graves.

O estudo mostra que ambos os grupos – controle e TDAH – inicialmente obtinham a suspeita diagnóstica, fato que mostra a necessidade de equipes de saúde mental adotarem avaliações completas para poder descartar hipóteses de psicopatologias juntamente com um diagnóstico de TDAH, dado que este processo avaliativo precisa ser individualizado. Faz-se fundamental ressaltar a importância de avaliar qualitativamente os Itens Críticos do CBCL, além dos resultados das escalas das síndromes e escalas orientadas pelo DSM. Neste estudo, posto que por meio desses Itens Críticos se tornou possível observar a relevância da continuação avaliativa independente da decisão diagnóstica.

6. REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. **University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families**. 2009.

ACHENBACH, T. M., RESCORLA, L. A., & MARUISH, M. E. The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, *vl. 2*, p. 179-213, 2004.

ANTONIO, Giovana Dragone. **Da sombra à luz: a patologização de crianças sem patologia**. Orientador: Maria Irma Hadler Coudry. 2011. 162 p. Dissertação (Mestrado Linguística) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARDOSO, Fernando Luiz et al. Prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em relação ao gênero de escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, pp 50-54, 2007.

CHANG, Ling-Yin et al. Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. **Pediatrics**, vol. 137, núm 2, **2016**.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28(2), p 357-366, fev, 2012.

DERKS, Eske M et al. The relations between DISC-IV DSM diagnoses of ADHD and multi-informant CBCL-AP Syndrome Scores. [Comprehensive Psychiatry](#), *vol. 47*, pp. 116-122, 2006.

FONSECA, A. C.; DIAS, S. S. O Problema da Crueldade Contra Animais na Infância: Suas Dimensões e Consequências. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, n. 45-2, p. 71-92, 1 dez. 2011.

HUDZIAK, James J et al. Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, vol. 45, núm 7, pp. 1129- 1307, 2004.

KELLERT, Stephen Robert, FELTHOUS, Alan R. Childhodd cruelty toward animals among criminals and noncriminals. **Human Relations**, vol. 38, p. 1113-1129, dez 1985.

MENDES, Caroline. Perfil da criança encaminhada à avaliação psicológica com suspeita de TDAH. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, pp 6-28, 2017.

MCVIE, Susan. Animal abuse amongst young people aged 13 to 17: trends, tranjectories, and links with other offending. **University Of Edinburgh, School of Law**. 2007.

MILLER, Catherine. Childhood animal cruelty and interpersonal violence. **Clinical Psychology Review**, vol. 21, n. 5, p. 735-749, 2001.

PEIXOTO, Ana Lucia et al. Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. **Aletheia**, Canoas, núm. 28, pp. 91-103, 2008.

RATHEESH, A et al. Instruments that prospectively predict bipolar disorder—a systematic review. **Journal of affective disorders**, v.179, p. 65-73, 2015.

SENA, Soraya, DE SOUZA, Luciana. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, vol. 16, núm. 2, pp. 243-259, 2008.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; SANTANA, Ana Paula de Oliveira. A constituição da subjetividade na criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Bakhtiniana, Rev. Estud. Discurso**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 210-228, 2020.

STUDART-BOTTO, Paula et al. Self-injurious behavior and related mortality in children

under 10 years of age: a retrospective health record study in Brazil. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 40-45, 2020.

UNSEL-BOLAT, Gul et al. Comparisons Between Sluggish Cognitive Tempo and ADHD-restrictive Inattentive Presentation Phenotypes in a Clinical ADHD Sample. **Attention deficit and hyperactivity disorders**, v. 11.4, p. 363-372, 2019

Contatos: camila.zeraik@gmail.com e mctvteixeira@gmail.com