



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

TARCIANNE RAFAELY ANDRADE GOMES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO TDAH A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESCALAS
WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS (WISC-IV): CONCORDÂNCIA
ENTRE DEMANDA, HIPÓTESE INICIAL E DIAGNÓSTICO**

João Pessoa

Novembro de 2023

**AVALIAÇÃO DO TDAH A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESCALAS
WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS (WISC-IV): CONCORDÂNCIA
ENTRE DEMANDA, HIPÓTESE INICIAL E DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Alexandra da Silva Moita Minervino.

João Pessoa

Novembro de 2023

**AVALIAÇÃO DO TDAH A PARTIR DA ANÁLISE DAS ESCALAS
WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS (WISC-IV): CONCORDÂNCIA
ENTRE DEMANDA, HIPÓTESE INICIAL E DIAGNÓSTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Alexandra da Silva Moita
Minervino

Banca examinadora

Profa. Dra. Carla Alexandra da Silva Moita Minervino
Universidade Federal da Paraíba
(Orientadora)

Profa. Rafaela Martins Rodrigues
Universidade Federal da Paraíba
(Membro interno)

Dheyvson Fellipi de Oliveira Tomaz
(Membro externo)

AGRADECIMENTOS

Em memória de Zilda Andrade, meu anjo em forma de avó que sempre torceu por mim e sonhou em viver esse momento comigo. Hoje, lá do céu, me acompanha e intercede por mim, para que se realizem cada vez mais os sonhos do meu coração. Obrigada por ser meu maior exemplo e por ter me permitido aprender tanta coisa com a sua vida.

É também com grande gratidão que dedico este trabalho à minha mãe, irmãos e avô, que sempre estiveram ao meu lado, desde o início da tão almejada graduação, e sonharam junto comigo com essa conquista. Hoje, esse sonho se concretiza e as orações e contribuições de vocês fizeram toda a diferença em minha jornada.

Ao meu noivo, que dividiu cada preocupação e lágrimas na construção deste projeto e não soltou minha mão, obrigada por ser tão presente, por toda a tranquilidade passada, por cada palavra de consolo e por tornar esse processo mais leve. Você é uma verdadeira inspiração para mim e serei eternamente grata.

Às amigas que estiveram ao meu lado ao longo de todo o curso, dividindo angústias e vitórias, agradeço por compartilharem tantos momentos comigo e por todas as descobertas, aprendizados e companheirismo ao longo desses cinco anos. Tudo teria sido muito mais difícil sem vocês.

Por fim, à minha orientadora, por todo apoio dedicado à construção deste trabalho e à minha formação enquanto psicóloga infantil. Sem a sua ajuda, não teria sido possível desenvolver esse estudo de tão grande importância.

RESUMO

A avaliação psicológica é uma atividade essencial e exclusiva da prática da Psicologia, que envolve métodos, técnicas e instrumentos destinados a mensurar e compreender diversos aspectos do comportamento humano, de modo a fornecer subsídios para diagnósticos, decisões clínicas e orientações. A avaliação neuropsicológica, por outro lado, visa investigar a relação existente entre o cérebro e o comportamento a partir de testes padronizados e observação clínica. No processo avaliativo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), ambas as avaliações desempenham uma importante função. O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pelo déficit nas habilidades de atenção e organização e pela presença de impulsividade e hiperatividade. Sabe-se que o diagnóstico precoce do TDAH é crucial para o desenvolvimento do indivíduo, e, para isso, faz-se necessária uma cuidadosa avaliação, feita a partir de testes padronizados aliados a uma minuciosa observação clínica. À vista disso, o presente estudo almejou investigar a correlação existente entre as queixas preponderantes do TDAH, as hipóteses e o diagnóstico final do transtorno, além de fazer um levantamento dos dados obtidos pelas Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), com o intuito de destacar a importância da observação clínica frente aos instrumentos avaliativos. O estudo contou com uma amostra de 34 crianças que foram submetidas ao processo avaliativo do Projeto Cuidar, projeto de extensão do Hospital Universitário Lauro Wanderley e os dados foram coletados a partir dos relatórios desenvolvidos nesse processo. Os resultados indicaram que houve concordância significativa entre os índices observados apenas na demanda de hiperatividade.

Palavras-chave: psicologia clínica, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ciência em equipe, neuropsicologia

ABSTRACT

Psychological assessment is an essential and exclusive activity in the practice of Psychology, which involves methods, techniques and instruments designed to measure and understand various aspects of human behavior, in order to provide support for diagnoses, clinical decisions and guidance. Neuropsychological assessment, on the other hand, aims to investigate the relationship between the brain and behavior based on standardized tests and clinical observation. In the assessment process for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), both assessments play an important role. ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by deficits in attention and organization skills and the presence of impulsivity and hyperactivity. It is known that the early diagnosis of ADHD is crucial for the individual's development, and, for this, a careful assessment is necessary, based on standardized tests combined with thorough clinical observation. The present study aimed to investigate the correlation between the preponderant complaints of ADHD, the hypotheses and the final diagnosis of the disorder, in addition to surveying the data obtained by the Wechsler Intelligence Scales for Children (WISC-IV), with the aim of highlighting the importance of clinical observation in relation to assessment instruments. The study included a sample of 34 children who were subjected to the evaluation process of the Lauro Wanderley University Hospital extension project and data were collected from the reports developed in this process. The results indicated that there was significant agreement between the indices observed only in the hyperactivity demand.

Keywords: clinical psychology, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, team science, neuropsychology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
MÉTODO	12
Participantes.....	12
Instrumentos.....	13
Aspectos éticos.....	13
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

Na prática clínica da Psicologia, duas perspectivas importantes se destacam, desempenhando um papel fundamental na compreensão do funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo: a avaliação psicológica e a avaliação neuropsicológica. Embora tenham alguns objetivos em comum, como a contribuição para diagnóstico, tratamento e intervenção, elas se diferenciam em relação às técnicas e métodos utilizados.

A avaliação psicológica diz respeito a um conjunto de métodos, técnicas e instrumentos que visam compreender e mensurar diversos aspectos do comportamento humano, como a personalidade, as emoções e o funcionamento psicológico do indivíduo. (Noronha & Alchieri, 2004). Ela desempenha um papel fundamental por se tratar de um processo sistemático e cuidadoso que oferece um aporte para diagnósticos, decisões clínicas, orientações e seleções. Vale destacar, portanto, que tal prática é, por lei, uma função exclusiva do psicólogo (Bueno & Peixoto, 2018).

Por outro lado, a avaliação neuropsicológica concentra-se na investigação da relação entre o cérebro e o comportamento a partir de testes padronizados e métodos de observação clínica. Seu objetivo consiste em auxiliar o diagnóstico diferencial e identificar a existência de disfunções cognitivas, além de verificar o nível de funcionamento do indivíduo. (Mäder, 1996). Nesse sentido, essa avaliação difere da avaliação psicológica por tomar como ponto de partida o cérebro (Campos et al, 2016).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades persistentes nos índices de atenção, organização, impulsividade e/ou hiperatividade, e afeta indivíduos de todas as idades. (APA, 2022). Observa-se um relevante aumento no índice de diagnósticos deste transtorno nos últimos anos, corroborando, assim, para uma ampliação das pesquisas da área e da elaboração

de novos testes psicológicos e neuropsicológicos que visam a avaliação do transtorno (Andrade & Mendonza, 2010).

Em linhas gerais, esta patologia é caracterizada por um nível inapropriado de atenção em relação ao esperado para a idade, acompanhado ou não de uma hiperatividade ou impulsividade (Buttow & Figueiredo, 2019). Constantemente, a dificuldade em manter a atenção está relacionada à grande agitação e inquietude do indivíduo, critérios estes que definem a hiperatividade e a impulsividade (Graeff & Vaz, 2008).

De acordo com Antony e Ribeiro (2004), este transtorno é caracterizado por distúrbios que envolvem diferentes áreas do desenvolvimento, como a percepção, a cognição e o comportamento, contribuindo assim para uma dificuldade global do desenvolvimento infantil. Desse modo, percebe-se um desarranjo comportamental, que varia entre cada indivíduo e que afeta frequentemente diversas áreas do funcionamento adaptativo do indivíduo, sejam elas interpessoais, acadêmicas ou familiares (Oliveira & Albuquerque, 2009).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria, aponta que a desatenção e a desorganização estão relacionadas à grande dificuldade ou incapacidade do indivíduo permanecer por um período maior em uma única atividade, apresentando comportamentos inesperados para o seu nível de desenvolvimento. Por outro lado, a hiperatividade e a impulsividade estão relacionadas a uma atividade excessiva e dificuldade ou incapacidade de se manter quieto e/ou sentado, além de um curto tempo de espera (APA, 2022).

O DSM-5 categoriza este transtorno em três subtipos: com predomínio da desatenção; com predomínio da hiperatividade ou impulsividade e do tipo combinado. Esta categorização ocorre a partir da análise dos sintomas, características e comportamentos observados no indivíduo, levando em consideração que tais aspectos interferem no seu funcionamento geral de maneiras distintas (APA, 2022).

O primeiro deles, predominantemente desatento, caracteriza-se por uma falta de atenção aos detalhes, dificuldade na atenção, na organização e no seguimento de instruções. O indivíduo tende a evitar atividades mais custosas e apresenta grande distração com estímulos externos. O segundo subtipo, predominantemente hiperativo/impulsivo, é caracterizado por comportamentos de inquietude, incapacidade de permanecer em uma atividade de forma calma e tranquila, dificuldade em se manter calado e em esperar a fala do outro, entre outros. Por último, o subtipo combinado ocorre quando os dois critérios (desatenção e hiperatividade) estão presentes de modo disfuncional por, no mínimo, seis meses (APA, 2022).

Alguns pontos importantes devem ser observados antes do fechamento do diagnóstico do TDAH. O DSM-5 apresenta 18 critérios gerais para definir tal patologia, sendo nove relacionados à desatenção e nove relacionados com a hiperatividade. Para que o diagnóstico seja concluído, a criança deve se encaixar em seis ou mais critérios de cada índice, a depender do subtipo, e o adulto, em cinco ou mais critérios. Além disso, estes sintomas devem ser observados de forma persistente por, no mínimo, seis meses, em um grau mais elevado do que o esperado para seu nível de desenvolvimento. O DSM-5 também aponta que o surgimento dos sintomas deve ser observado antes dos 12 anos e que tais comportamentos devem ser notados em dois ou mais ambientes que o indivíduo frequenta, de modo a evidenciar que tais práticas interferem no seu funcionamento social, acadêmico ou profissional. Por fim, deve-se assegurar que tais sintomas são clinicamente significativos e que eles não são explicados por outro transtorno mental ou justificados pelo uso de substâncias medicamentosas (APA, 2022).

De acordo com Andrade e Mendonza (2010), o TDAH é um dos transtornos que mais afeta a infância e a adolescência. Neste sentido, se destaca a importância do diagnóstico precoce do TDAH, que ocorre a partir da aplicação de testes validados e uma cuidadosa

observação clínica do indivíduo. Além disso, é importante que sejam aplicadas escalas de rastreio e questionários para os pais e professores, visando uma maior compreensão do comportamento do indivíduo em outros ambientes.

Dentre os instrumentos utilizados na avaliação psicológica para o diagnóstico do TDAH, as Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV) têm apresentado grande eficácia, se caracterizando como um instrumento capaz de fornecer informações em caráter mais amplo e auxiliar na elaboração do plano de intervenção do paciente. (Buttow & Figueiredo, 2019). Tal escala é reconhecida nacional e internacionalmente e é composta por 15 subtestes, divididos em quatro índices, sendo eles a compreensão verbal, a organização perceptual, a memória operacional e a velocidade de processamento. (Viana & Gomes, 2019).

O primeiro deles é a Velocidade de Processamento (IVP), que é um indicador da velocidade com a qual a criança pode processar mentalmente uma informação, simples ou rotineira, sem erro, ou seja, visa mensurar a capacidade de manter o foco e realizar rapidamente tarefas simples. (Primi, 2003). É composto pelos subtestes Código e Procurar símbolos, além do subteste complementar Cancelamento. O segundo é o Índice de Memória Operacional (IMO), que consiste na habilidade sustentar a atenção, a concentração e exercer o controle mental de modo a conseguir desenvolver uma atividade e manipulá-la, com vistas a produzir um resultado. Este índice avalia as habilidades do examinando em relação à organização perceptual e demais processos cognitivos que se relacionam ao aprendizado e às realizações (Buttow e Figueiredo, 2019). Ele é composto pelos subtestes Dígitos, Sequência de Números e Letras e Aritmética, este último sendo um teste complementar na bateria. O terceiro índice diz respeito à habilidade de raciocínio não-verbal, que é mensurada pelo Índice de Organização Perceptual (IOP) e visa avaliar a formação de conceitos não verbais, a percepção e a organização visual, o processamento simultâneo e a coordenação visuomotora. Ele é composto pelos subtestes Cubos, Conceitos Figurativos, Raciocínio Matricial e

Completar Figuras, este último, complementar (Silva, 2021). O penúltimo índice avaliado é a habilidade de raciocínio verbal, mensurada pelo Índice de Compreensão Verbal (ICV), que avalia a habilidade linguística de compreensão, o raciocínio, o conhecimento e a expressão verbal, a capacidade de raciocinar com palavras e a formação de conceitos. É composto pelos subtestes Vocabulário, Compreensão, Semelhanças, e os subtestes complementares Raciocínio com Palavras e Informação. Por fim, a Habilidade Cognitiva Geral (HCG) compreende a totalidade dos índices avaliados, e, a partir dela, é possível observar, de forma mais ampla, o desempenho geral da criança, suas fragilidades e potencialidades.

À luz disso, o presente estudo apresenta dois objetivos centrais. O primeiro deles é investigar a existência da intercorrelação entre queixas, hipóteses diagnósticas e diagnóstico final do TDAH, o que é pertinente em razão da observância de concordância ou, muitas vezes, discordância existentes entre o relato apresentado pelos pais e o diagnóstico final da criança. O segundo objetivo consiste em destacar a importância da observação clínica frente aos resultados da aplicação de testes padronizados para o diagnóstico deste transtorno. A partir disso, busca-se compreender com maior precisão quais os fatores afetam o diagnóstico do TDAH, observados por meio da análise dos resultados da aplicação do WISC-IV e sua discrepância com a observação clínica.

MÉTODO

Participantes

A amostra do presente estudo se deu a partir de um levantamento dos dados apresentados nos relatórios de 34 crianças, com idades entre seis e 15 anos, que foram submetidas ao processo de avaliação psicológica do Projeto Cuidar do Hospital Universitário Lauro Wanderley, hospital de referência da cidade de João Pessoa-PB, entre os anos de 2022 e 2023. Dentre elas, 16 foram diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Para garantir a validade e confiabilidade da pesquisa, o critério de inclusão utilizado foi a conclusão do processo avaliativo e a elaboração do relatório pelas estagiárias e extensionistas do projeto. Por outro lado, o critério de exclusão consistiu na não aplicação do WISC-IV, instrumento aqui analisado.

Instrumentos

Relatórios: foram analisados os relatórios referentes às avaliações psicológicas do Projeto Cuidar. Neles, são especificados dados como idade, gênero, queixas apresentadas pelos responsáveis, hipóteses diagnósticas iniciais, funções avaliadas, testes e técnicas utilizados, resultados obtidos, escores gerais dos índices e o perfil cognitivo final.

Escala *Wechsler* de Inteligência para Crianças (WISC-IV): Dentre os testes utilizados na amostra, optou-se por fazer a análise dos dados obtidos a partir do WISC-IV, devido à sua validade e precisão. Este instrumento possibilita que os dados sejam analisados a partir de cinco índices, explicitados anteriormente.

Análise de Dados

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS): Os dados foram submetidos à estatística descritiva do software SPSS 27.0 para verificar a frequência e o percentual das características demográficas e clínicas da amostra, além do levantamento dos escores obtidos por cada participante nos diferentes índices avaliados. Foi utilizado o coeficiente de concordância de Kappa de Cohen e de Fleiss para analisar o índice de concordância entre os três momentos avaliativos, a saber: demanda, hipótese inicial e diagnóstico final. Para a interpretação, considerou-se valor menor do zero = insignificante; entre 0 e 0,2 = fraca; entre 0,21 e 0,4 = razoável; entre 0,41 e 0,6 = moderada; entre 0,61 e 0,8 = forte; entre 0,81 e 1 = quase perfeita.

Aspectos Éticos

O presente trabalho foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e todos os registros foram tratados de modo confidencial, preservando a identidade das crianças e de suas famílias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 34 crianças, de ambos os sexos e com idades que variaram entre seis e 15 anos. Concernente à amostra geral, a tabela 1 expõe o perfil sociodemográfico dos participantes.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico da amostra geral

Idade	Sexo Masculino	Percentual	Sexo Feminino	Percentual
6 anos	2	5,88%	0	0%
7 anos	1	2,94%	1	2,94%
8 anos	6	17,65%	2	5,88%
9 anos	3	8,82%	3	8,82%
10 anos	6	17,65%	0	0%
11 anos	4	11,76%	0	0%
12 anos	3	8,82%	1	2,94%
13 anos	0	0%	0	0%
14 anos	1	2,94%	0	0%
15 anos	1	2,94%	0	0%
Total	27	79,41%	7	20,59%

Observa-se que a maioria da amostra foi composta pelo sexo masculino ($f=27$, 79,41%), o que corrobora com os estudos recentes que apontam uma maior prevalência em relação a esse sexo, como apontado pela *American Psychiatric Association* (2014).

Inicialmente, serão analisados os dados referentes à concordância existente entre as demandas, a hipótese diagnóstica inicial e o diagnóstico, isto é, quais as queixas apresentadas pelos responsáveis, que motivaram a busca pela avaliação psicológica, possuem uma

concordância em maior grau com a hipótese de TDAH e com o fechamento do diagnóstico deste transtorno. Dentre as principais demandas observadas, temos a desatenção, dificuldade de compreensão, dificuldade de memória, dificuldade de aprendizagem, hiperatividade, comportamento desafiador, agressividade, ansiedade, impulsividade e baixa tolerância à frustração, que serão observadas e analisadas a seguir.

Tabela 2.1

*Tabela de contingência entre a demanda desatenção e a hipótese inicial TDAH
(informantes: mãe, médico)*

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	1	1	2
Desatenção	Sim	8	24	32
Total		9	25	34

*o valor de Kappa = 0,095; $p=0,437$

Tabela 2.2

*Tabela de contingência entre a demanda desatenção e o desfecho de TDAH
(informantes: mãe e equipe multiprofissional)*

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	2	0	2
Desatenção	Sim	16	16	32
Total		18	16	34

*o valor de Kappa = 0,105; $p=0,169$

Na Tabela 2.1, observa-se que, dentre as 25 crianças que tiveram a suspeita de TDAH levantada, 24 apresentaram a desatenção como queixa, caracterizando 96% da população analisada. Para além disso, das nove crianças que não foram suspeitas deste transtorno, oito também relataram a desatenção, ou seja, 89% da amostra geral também apresentou a mesma queixa.

Por outro lado, a tabela 2.2 aponta que todas as crianças que receberam o diagnóstico do TDAH possuíam a desatenção como queixa, enquanto das 18 crianças que não receberam o diagnóstico do transtorno, 16 também tiveram a queixa de desatenção presente (89%).

Sabe-se que a desatenção é considerada uma característica central do TDAH, no entanto, também foi observada em grande escala na população que não foi considerada compatível com o transtorno. Essa realidade pode ser explicada pelo estilo de vida atual vivenciado pelas crianças, na qual há uma sobrecarga de informações, demandas e estímulos instantâneos que provocam distrações. Vale salientar que a desatenção pode se manifestar de diversas formas, como dificuldade em manter o foco por um longo período, falta de organização, erros por descuido, entre outros, no entanto, no TDAH, essa dificuldade é ainda mais acentuada na dificuldade em controlar a atenção, em seguir instruções, em selecionar estímulos relevantes e, muitas vezes, na perda do curso do pensamento. (Castro & Lima, 2018).

Ao considerar os três informantes, a saber, mãe, médica e equipe multiprofissional, foi realizado o Kappa Fleiss, valor obtido 0,085 ($p=0,393$). Destaca-se, portanto, que o valores de Kappa indicaram não haver concordância entre os avaliadores ao considerar a demanda desatenção, ou seja, o fato de a demanda inicial ter sido desatenção, não gerou concordância nem com a hipótese inicial elaborada pelo médico nem com o desfecho final de TDAH, o que também ocorreu nas demais queixas analisadas, com exceção da hiperatividade. Dessa forma, para que se chegue a um diagnóstico válido e preciso, é necessário avaliar características além da desatenção, como, por exemplo, buscar compreender o contexto em que tal comportamento tende a ocorrer em maior intensidade.

A segunda queixa analisada é a dificuldade de compreensão, que pode estar diretamente relacionada com a desatenção. Detalhamento dos dados nas tabelas 3.1 e 3.2.

Tabela 3.1

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de compreensão e a hipótese inicial TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Dificuldade de compreensão	Não	3	7	10
	Sim	6	18	24
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,052; p=0,76 (IC95%:0,29-0,39)

Tabela 3.2

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de compreensão e o desfecho do TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Dificuldade de compreensão	Não	5	5	10
	Sim	13	11	24
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,034; p=0,82 (IC95%:0,33-0,26)

De acordo com os dados da tabela 3.1, pode-se notar que das 25 crianças que receberam o TDAH como hipótese diagnóstica, 18 apresentaram dificuldade de compreensão, representando um percentual de 72% da amostra geral do índice. Não obstante, das nove crianças que tiveram tal hipótese considerada, seis também relataram tal queixa (67%). Por outra perspectiva, a tabela 3.2 aponta que das 16 crianças que foram diagnosticadas, 11 apresentaram a dificuldade de compreensão como queixa (69%), assim como 13, das 18 que não foram diagnosticadas também tiveram a mesma demanda, totalizando assim, 73% das crianças dessa categoria.

A dificuldade de compreensão, assim como a desatenção, é uma característica muito comum observada não apenas nas crianças que receberam o diagnóstico de TDAH, mas também no público geral. É importante ressaltar que tal dificuldade também pode se manifestar de diversas maneiras, além de ser altamente influenciada pela atenção e variar em relação às causas e à gravidade. No TDAH, de forma específica, há a presença de mais de um mecanismo neuropsicológico envolvido, como o déficit no controle inibitório e nos mecanismos de recompensa. (Castro & Lima, 2018).

Em contrapartida, observa-se, também, um relativo índice de dificuldade de memória como queixa presente na amostra deste estudo. Os dados podem ser analisados nas tabelas 4.1 e 4.2.

Tabela 4.1

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de memória e a hipótese inicial de TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Dificuldade de memória	Não	2	13	15
	Sim	7	12	19
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,24; p=0,12 (IC95%:0,53-0,04)

Tabela 4.2

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de memória e o desfecho TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	6	9	15
	Sim	12	7	19

Dificuldade de memória			
Total	18	16	34
*o valor de Kappa =0,22; p=0,17 (IC95%:0,55-0,09)			

Ao analisar a tabela 4.1, observa-se que dentre as 25 crianças avaliadas que receberam a hipótese do TDAH, 12 queixaram-se de dificuldade de memória (48%). Além disso, das nove crianças que não levantaram tal suspeita, sete também demonstraram a presença de tal queixa em seu cotidiano, representando, assim, 78% desta amostra.

Sob outro ângulo, é possível observar na tabela 4.2 que 16 crianças receberam o diagnóstico final compatível com o TDAH, e, dentre elas, sete haviam relatado a dificuldade de memória (44%). Enquanto isso, das 18 crianças que não se encaixaram em tal diagnóstico, 12 também apresentaram a mesma demanda, exprimindo 67% da amostra.

Nota-se que a dificuldade de memória foi citada em maior grau nas crianças que não receberam a hipótese inicial do TDAH e nas que não fecharam o diagnóstico, o que indica que tal demanda não está associada diretamente a uma característica inerente do transtorno, mas que pode ser observada decorrente de outros aspectos, como a memória de trabalho, e que podem variar em relação às causas e gravidade (Messina & Tiedemann, 2009).

Uma outra relevante queixa observada nos relatos dos responsáveis que buscaram a avaliação psicológica foi a dificuldade de aprendizagem. Os índices podem ser observados nas tabelas 5.1 e 5.2.

Tabela 5.1

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de aprendizagem e a hipótese inicial de TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	1	3	4

Dificuldade de aprendizagem	Sim	8	22	30
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,01; p=0,94 (IC95%:0,30-0,28)

Tabela 5.2

Tabela de contingência entre a demanda dificuldade de aprendizagem e o desfecho de TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Dificuldade de aprendizagem	Demanda Não	2	2	4
	Sim	16	14	30
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,013;p=0,900 (IC95%:0,22-0,19)

Os dados da tabela 5.1 destacam que 22 das 25 crianças que foram suspeitas de TDAH relataram dificuldade na aprendizagem (88%), assim como, oito das nove crianças que não foram inicialmente identificadas como suspeitas deste transtorno também apresentaram a mesma dificuldade, caracterizando 89% da população geral desse índice.

Adicionalmente, das 16 crianças que acabaram por receber o diagnóstico, 14 relataram a dificuldades de aprendizagem como queixa (88%), e, das 18 que não tiveram o diagnóstico fechado, 16 demonstraram vivenciar as mesmas queixas, totalizando 89% da amostra.

Sabe-se que a dificuldade de aprendizagem é uma queixa abrangente, principalmente em crianças que se encaixam na faixa etária do presente estudo. Dessa forma, é notável que tal característica foi observada tanto em crianças que não apresentaram o TDAH como hipótese ou diagnóstico, como também nas que apresentaram. Maia e Confortin (2015), ressaltam que o processo de aprendizagem da criança com TDAH deve ser analisado de forma específica, uma vez que a criança que possui tal transtorno pode necessitar de

estratégias diferenciadas devido à discrepância existente no seu ritmo de aprendizagem em relação às outras crianças.

Prosseguindo a análise, serão apresentados a seguir os índices relativos à hiperatividade, característica marcante no TDAH.

Tabela 5.1

Tabela de contingência entre a demanda hiperatividade e a hipótese inicial de TDAH

(informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Hiperatividade	Não	5	11	16
	Sim	4	14	18
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,09; p=0,55 (IC95%:0,21-0,39)

Tabela 5.2

Tabela de contingência entre a demanda hiperatividade, e o desfecho de TDAH

(informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Hiperatividade	Não	11	5	16
	Sim	7	11	18
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,29; p=0,08 (IC95%:0,02-0,61)

A tabela 5.1 ilustra que dentre as 25 crianças que tiveram o TDAH levantado como suspeita diagnóstica, 14 manifestaram sintomas de hiperatividade (56%). Além disso, das nove crianças que não se encaixaram em tal hipótese inicial, quatro relataram a presença de tal comportamento (45%).

Sob uma perspectiva alternativa apresentada na tabela 5.2, observa-se que 16 crianças tiveram um perfil compatível com tal transtorno, e dentre elas, 11 ressaltaram a presença de comportamento hiperativo (69%). Não obstante, sete das 18 crianças que não receberam o diagnóstico compatível com o TDAH também salientaram a presença do comportamento hiperativo, caracterizando 39% dessa amostra.

Considerando, portanto, os três informantes, foi realizado o Kappa Fleiss, onde observa-se que a demanda hiperatividade foi a única em que houve concordância entre os três informantes, mãe, médico e equipe ($\kappa=0,20$; $p=0,04$; IC95%: 0,002-0,39). Deste modo, ao informar que a criança apresenta comportamento hiperativo, há uma probabilidade de 66% do diagnóstico final ser TDAH.

A hiperatividade é considerada um pilar do TDAH, no entanto, nem todas as pessoas que possuem o transtorno apresentam tal comportamento. Ela está relacionada a uma atividade motora excessiva e pode ser vista como inquietação ou impulsividade (Andrade et al, 2011).

Uma outra queixa observada na presente análise diz respeito ao comportamento desafiador, que pode estar relacionado, em menor grau, com o TDAH. Os dados podem ser visualizados nas tabelas 6.1 e 6.2.

Tabela 6.1

Tabela de contingência entre a demanda comportamento desafiador e a hipótese inicial TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Comportamento Desafiador	Não	8	20	28
	Sim	1	5	6
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,05; $p=0,54$ (IC95%:0,10-0,21)

Tabela 6.2

Tabela de contingência entre a demanda comportamento desafiador e o desfecho de TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	14	14	28
Comportamento	Sim	4	2	6
Desafiador				
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,10; p=0,45 (IC95%:0,36-0,16)

Ao analisar os dados da tabela 6.1, percebe-se que das 25 crianças que foram inicialmente consideradas com um possível TDAH, cinco relataram comportamento desafiador como queixa inicial (20%). Ademais, das nove crianças que não foram suspeitas do transtorno, apenas uma queixou-se de tal comportamento (11%).

Por outro lado, a tabela 6.2 aponta que apenas duas das 16 crianças que receberam o diagnóstico final compatível com o TDAH apresentaram tal queixa (12%), assim como quatro das 18 que não tiveram o diagnóstico concluído também salientaram esse comportamento (22%). Observa-se, assim, que o índice de concordância entre a presente demanda e o diagnóstico do TDAH é mínimo, uma vez que tanto os percentuais das crianças que receberam a hipótese ou o diagnóstico de TDAH, quanto as que não receberam, se caracterizaram como inferiores.

Dando continuidade à investigação, têm-se a agressividade como demanda apresentada pelos responsáveis. Os detalhes podem ser observados nas tabelas 7.1 e 7.2.

Tabela 7.1

Tabela de contingência entre a demanda agressividade e a hipótese inicial TDAH (informantes: mãe, médico)

Hipótese inicial TDAH

		Não	Sim	Total
Demanda	Não	9	20	29
Agressividade	Sim	0	5	5
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,11; p=0,14 (IC95%:0,00-0,23)

Tabela 7.2

Tabela de contingência entre a demanda agressividade e o desfecho TDAH

(informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	16	13	29
Agressividade	Sim	2	3	5
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,07; p=0,53 (IC95%:0,17-0,32)

Os dados da tabela 7.1 indicam que das 25 crianças tiveram a hipótese inicial considerada, cinco apresentaram comportamentos agressivos (20%), enquanto das nove que não tiveram a suspeita para tal transtorno considerada, nenhuma salientou este comportamento. Ademais, 16 crianças receberam o diagnóstico definitivo para o TDAH, e, dentre elas, três relataram a agressividade como queixa inicial, correspondendo a 19% dessa amostra. Além disso, das 18 que não fecharam tal diagnóstico, duas também apresentaram comportamento agressivo (11%), como observado na tabela 7.2.

Os resultados apontam que há um índice maior da agressividade nas crianças que tiveram o TDAH como hipótese e como diagnóstico, mas que ainda assim, a presença desse comportamento de modo isolado não é suficiente para uma caracterização do TDAH. Sabe-se que a agressividade pode estar presente em todas as crianças, de diferentes faixas etárias. Em relação à agressividade no TDAH, Barkley (2002), aponta que pode estar relacionada às

condutas parentais ou à consequência do próprio transtorno decorrente da impulsividade, mas em menor grau.

A ansiedade é uma outra queixa que é percebida em diversas crianças, com ou sem o transtorno, e que foi citada por alguns pais da presente amostra. Os dados foram caracterizados nas tabelas 8.1 e 8.2.

Tabela 8.1

Tabela de contingência entre a demanda ansiedade e a hipótese inicial de TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	9	24	33
Ansiedade	Sim	0	1	1
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,02; p=0,54 (IC95%:0,02-0,06)

Tabela 8.2

Tabela de contingência entre a demanda ansiedade e o desfecho TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	18	15	33
Ansiedade	Sim	0	1	1
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,06; p=0,28 (IC95%:0,06-0,19)

A partir da análise dos dados presentes na tabela 8.1, é evidente que apenas uma das 25 crianças que receberam a hipótese diagnóstica do transtorno apresentou ansiedade como queixa (4%), assim como, nenhuma das 9 crianças que não receberam a suspeita ressaltou tal queixa. Para além disso, observa-se na tabela 8.2 que das 16 crianças que obtiveram o

diagnóstico compatível com o TDAH, apenas uma salientou a presença da ansiedade (6%), enquanto nenhuma das 18 crianças que não receberam o diagnóstico citou.

Dessa forma, observa-se que a ansiedade, na amostra deste estudo, não está relacionada em um grau satisfatório com o TDAH, uma vez que os percentuais observados se caracterizaram como mínimos.

Para além de tais dados, também foi observado o índice de correlação da queixa de impulsividade e o TDAH, que pode ser analisado nas tabelas 9.1 e 9.2.

Tabela 9.1

Tabela de contingência entre a demanda impulsividade e a hipótese inicial de TDAH

(informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	7	16	23
	Impulsividade Sim	2	9	11
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,09; p=0,44 (IC95%:0,13-0,31)

Tabela 9.2

Tabela de contingência entre a demanda impulsividade e o desfecho de TDAH

(informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda	Não	12	11	23
	Impulsividade Sim	6	5	11
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,05; p=0,54 (IC95%:0,10-0,21)

A tabela 9.1 aponta que das 25 crianças que originalmente foram suspeitas de TDAH, nove apresentaram a impulsividade como queixa inicial (36%), ao passo que duas das nove que não se tornaram suspeitas do transtorno se caracterizaram como impulsivas (22%). Sob

outra ótica, observada na tabela 9.2, cinco das 16 crianças que tiveram o diagnóstico confirmado relataram a presença de comportamento impulsivo (32%), enquanto seis das 18 que não receberam tal diagnóstico também apresentaram tal comportamento (33%).

Os dados apontam que a demanda de impulsividade está presente nas quatro análises feitas, em um grau relativo. Apesar de ser um dos principais sintomas do TDAH, a impulsividade pode estar presente em diferentes crianças e diz respeito à dificuldade de controlar os impulsos e agir de forma instantânea, sem levar em consideração às consequências dos atos. Vale salientar que a impulsividade como sintoma isolado pode estar associada a diversas disfunções, devido a isso, faz-se necessário contextualizar o sintoma com o contexto da criança e a observação clínica do psicólogo. (José et al., 2015).

Por fim, a demanda de baixa tolerância à frustração também foi investigada neste estudo. Os resultados foram apresentados nas tabelas 10.1 e 10.2.

Tabela 10.1

Tabela de contingência entre a demanda baixa tolerância à frustração e a hipótese inicial de TDAH (informantes: mãe, médico)

		Hipótese inicial TDAH		Total
		Não	Sim	
Demanda Baixa Tolerânc. à Frustração	Não	7	18	25
	Sim	2	7	9
Total		9	25	34

*o valor de Kappa =0,03; p=0,73 (IC95%:0,17-0,24)

Tabela 10.2

Tabela de contingência entre a demanda baixa tolerância à frustração e o desfecho de TDAH (informantes: mãe e equipe multiprofissional)

		Desfecho TDAH		Total
		Não	Sim	

Demanda	Não	14	11	25
Baixa Tolerânc. à Frustração	Sim	4	5	9
Total		18	16	34

*o valor de Kappa =0,09; p=0,55 (IC95%:0,21-0,39)

Em síntese, em relação à queixa de baixa tolerância à frustração, das 25 crianças que se encaixaram na hipótese diagnóstica do transtorno, sete citaram tal demanda (28%), enquanto duas das nove que não levantaram a suspeita também apresentaram (22%).

Por outro lado, cinco das 16 crianças que receberam o diagnóstico do TDAH apresentaram baixa tolerância à frustração (31%), assim como quatro das 18 que não tiveram o diagnóstico fechado (22%).

A partir de tais dados, observa-se que a queixa de baixa tolerância à frustração também está presente em todos os contextos analisados de modo proporcional. De acordo com Maia (2015), tal demanda é considerada comum no TDAH, e traz prejuízos perceptíveis e, relação à socialização e à aprendizagem.

Concomitante a tais índices observados, também foram analisados os resultados dos testes aplicados com as crianças avaliadas. Como apontado anteriormente, dentre os testes utilizados, destaca-se a Escala *Wechsler* de Inteligência para Crianças (WISC-IV). Os dados foram analisados a partir do teste U de Mann-Whitney e os critérios de Cohen (1988), categorizados para o tamanho de efeito de 0,1 = efeito pequeno, 0,3 = efeito médio, 0,5 = efeito grande.

O teste U de Mann-Whitney não revelou diferença significativa nos escores da habilidade cognitiva geral (QI total) do WISC nas crianças que não tiveram o diagnóstico final compatível com o TDAH (Md = 12,13, n = 15) e nas crianças com diagnóstico final de TDAH (Md = 18,07, n = 14), U = 62.000, z = -1,88, p = 0,063, r = 0,34. Dessa maneira, percebe-se um tamanho de efeito médio, indicativo de que possa haver uma discreta diferença

no QIT entre crianças com e sem diagnóstico de TDAH. Algo semelhante ocorreu no escore de raciocínio verbal (ICV), o qual apresentou os mesmos resultados. Além disso, em relação ao escore da memória operacional (IMO), o teste U de Mann-Whitney também não revelou diferença significativa entre o desempenho de crianças sem diagnóstico final de TDAH (Md = 13,23, n = 15) e crianças com diagnóstico final de TDAH (Md = 16,89, n = 14), $U = 78500$, $z = -1,16$, $p = 0,252$, $r = 0,21$.

Por outro lado, tal teste revelou diferença significativa nos níveis de escore do raciocínio não verbal (IOP) de crianças sem diagnóstico final de TDAH (Md = 11,83, n = 15) e das crianças com diagnóstico final de TDAH (Md = 18,39, n = 14), $U = 57500$, $z = -2,077$, $p = 0,037$, $r = 0,38$, apresentando um tamanho de efeito médio na diferença no IOP entre crianças com e sem diagnóstico de TDAH. Revela-se, assim, que os melhores resultados foram entre crianças com TDAH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, foi explorada de forma minuciosa a relação existente entre as demandas apresentadas pelos responsáveis que buscaram a avaliação psicológica, a hipótese diagnóstica de TDAH levantada pelas médicas responsáveis pelos casos e o diagnóstico final obtido por meio da avaliação psicológica feita pelas estagiárias do Projeto Cuidar, que compreende alunas do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. A respeito da caracterização demográfica, a amostra foi composta, majoritariamente por crianças do sexo masculino, de 8 e 10 anos. A partir da análise das evidências dos resultados encontrados, constatou-se que a concordância significativa entre estes três índices ocorreu apenas na demanda de hiperatividade, com um percentual de 66% dos casos.

Não obstante, observou-se também que, em relação aos índices coletados a partir da aplicação do WISC, o índice de habilidade cognitiva geral, raciocínio verbal e memória operacional não revelaram diferenças significativas na comparação entre diagnóstico positivo

e negativo para o TDAH. No entanto, houve diferença significativa no índice de organização perceptual a partir dessa mesma comparação.

Dessa forma, percebe-se que, para que haja uma conclusão positiva do diagnóstico do TDAH, é necessário observar o conjunto de índices como um todo, além de uma cuidadosa comparação com os dados obtidos por meio da observação clínica, técnica essa de extrema importância para a avaliação psicológica e neuropsicológica.

De forma geral, apesar dos objetivos terem sido alcançados, é importante considerar as limitações do presente estudo devido à amostra limitada analisada, na qual não foi possível fornecer uma ampla generalização para a população do país. Dessa maneira, recomenda-se a realização de pesquisas futuras que abarquem uma maior e mais variável amostra, bem como a análise a partir de outros instrumentos avaliativos, com vistas a obter dados mais específicos dos objetivos aqui propostos. Apesar disso, vale destacar que os dados encontrados no presente estudo são relevantes e apontam importantes conclusões acerca do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

REFERÊNCIAS

- Andrade, A. C., & Mendonza C. F. (2010). *Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que nos informa a investigação dimensional?* Estudos de Psicologia, v. 15, n. 1, pp. 17-24.
- Andrade, C. R. M., Silva, W. A. P., Belizário, J. F., & Silveira J. C. C. (2011). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Uma revisão da literatura.* Revista Médica, Minas Gerais, v. 21, n. 4, pp. 455-464.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.* Porto Alegre: Artmed.
- Bueno, J. H., & Peixoto, E. M. *Avaliação Psicológica no Brasil e no Mundo.* Psicologia: Ciência e Profissão, Recife, v. 38, n. 3, pp. 108-121.
- Büttow, C. S., & Figueiredo V. L. M. (2019). *O Índice de Memória Operacional do WISC-IV na Avaliação do TDAH.* Psico-USF, Bragança Paulista, v. 24, n.1, pp. 109-117.
- Campos, M. C., Silva, M. L., Florêncio, N. C., & Paula, J. J. (2016). *Confiabilidade do Teste dos Cinco Dígitos em adultos brasileiros.* Jornal Brasileiro de Psiquiatria, n. 65, pp. 135-139.
- Castro, C. X. L., & Lima, R. F. (2018). *Consequências do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta.* Revista Psicopedagogia, v. 35, n. 106, pp. 61-72.
- Crippa, J. A. S. (2023). *Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais: DSM-5 – TR. 5, texto revisado.* Porto Alegre: Artmed Editora LTDA.
- Graeff, R. L.C., & Vaz, C. E. (2008). *Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).* Psicologia-USP, São Paulo, n. 19, pp. 341-361.
- José, L. H. A., Vivian, A. G., José, F. E. M., & Souza, F. P. (2015). *Ansiedade, estresse, sintomas de TDAH e desempenho em candidatos no exame da Ordem dos Advogados*

- do Brasil*. Aletheia, Rio Grande do Sul. V. 47, n. 48, pp. 142-154.
- Mäder, M. J. (1996). *Avaliação Neuropsicológica: Aspectos Históricos e Situação Atual*. Psicologia: Ciência e Profissão, São Paulo, v. 16, n.3, pp. 12-18.
- Maia, M. I. R., & Confortin, H. (2015). *TDAH e Aprendizagem: Um desafio para a educação*. Revista Perspectiva, v. 39, n. 148, pp. 73-84.
- Messina, L. F., & Tiedemann, K. B. (2009). *Avaliação da memória de trabalho em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Psicologia USP, São Paulo, v. 20, n.2, pp. 209-228.
- Noronha, A.P., & Alchieri, J. C. (2004). *Conhecimento em Avaliação Psicológica*. Revista Estudos de Psicologia, v. 21, Campinas, n. 1, pp. 43-52.
- Oliveira, C. G., & Albuquerque, P. B. (2009). *Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Portugal, v. 25, n.1, pp. 93-102.
- Primi, R. (2003). *Inteligência: Avanços nos Modelos Teóricos e nos Instrumentos de Medida*. Avaliação Psicológica, São Paulo, v. 1, pp. 67-77.
- Silva, T. R. (2020). *Avaliação da inteligência no transtorno do espectro autista: um estudo de caso*. Programa de Especialização em Transtorno do Espectro do Autismo, Minas Gerais.
- Viana, J. L. D., & Gomes, G. V. A. (2019). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC): Análise da produção de artigos científicos brasileiros*. Psic. Rev. São Paulo, v. 28, n.1, pp. 9-36.