

Contribuição de múltiplos informantes para avaliação comportamental de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade

Adriana de Fatima Ribeiro
Regina Luísa de Freitas Marino
Carla Nunes Cantiere
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Marina Monzani da Rocha
José Salomão Schwartzman
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Universidade Presbiteriana Mackenzie, SP, Brasil

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a concordância entre múltiplos informantes sobre problemas de comportamento externalizantes e internalizantes de adolescentes entre 11 e 16 anos encaminhados para avaliação diagnóstica com queixas de desatenção e/ou hiperatividade. A amostra foi composta por 24 pais, 24 professores e 24 adolescentes que responderam aos questionários CBCL/6-18, TRF/6-18 e YSR/11-18, respectivamente, completando um total de 72 participantes. Em média, os pais reportaram mais problemas que os demais, o que levou a um maior número de casos na faixa clínica dos instrumentos. Os índices de concordância quanto à classificação dos problemas na faixa normal ou clínica dos instrumentos variaram de $k=0,333$ a $k=0,120$ e as correlações Q entre os pares de instrumentos variaram de 0,715 a 0,804, semelhantes às encontradas em trabalhos com amostras populacionais. As implicações para o diagnóstico clínico são discutidas tendo como base a importância da avaliação feita por múltiplos informantes para conhecer os comportamentos dos adolescentes com queixas de saúde mental em diferentes contextos e assim elaborar diagnósticos mais precisos e planejar intervenções mais adequadas.

Palavras-chave: Problemas comportamentais; Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade; Adolescentes; Informantes.

Multiple informants' contribution on behavioral assessment of youths with inattention and hyperactivity symptoms

Abstract

The objective of this study was to verify the agreement rates among multiple informants regarding internalizing and externalizing behavioral problems in adolescents between 11 and 16 years old referred for diagnostic assessment with complaints of inattention and/or hyperactivity. The sample was composed by 24 parents, 24 teachers and 24 youths that filled the forms CBCL/6-18, TRF/6-18 and YSR/11/18, respectively, completing a total of 72 participants. On average, parents reported more problems than other informants for all problem-scales, which led to a greater number of cases identified in the clinical range of the form. Agreement indexes for classification of problems in normal vs. clinical range ranged from $k=0.333$ to $k=0.120$. Q Correlations for items ratings by pair of forms ranged from 0.715 to 0.804, similar to those found in other population sample studies. The implications for clinical diagnosis are discussed based on the important of multiple informants' assessment to understand adolescents' behaviors with mental health complaints in different contexts, to elaborate more accurate diagnoses and to plan appropriate interventions.

Keyword: Behavioral problem; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Adolescents; Informants.

Contribución de múltiples informantes para evaluación conductual de adolescentes con quejas de falta de atención e hiperactividad

Resumen

El objetivo de este estudio fue verificar los índices de concordancia entre múltiples informantes sobre problemas de conducta externalizantes e internalizantes de adolescentes entre 11 y 16 años llevados por los padres para evaluación diagnóstica por quejas de falta de atención y/o hiperactividad. La muestra del estudio fue compuesta por 24 padres, 24 profesores y 24 jóvenes (completando un total de 72 participantes) que llenaron los formularios CBCL/6-18, TRF/6-18 y YSR/11-18. En la media los padres reportaron más problemas que los otros informantes, lo que llevó a un mayor número de casos identificados en el rango clínico de los instrumentos. Los índices de concordancia de la clasificación de los problemas en el rango normal o clínico de los instrumentos variaron de $k=0,333$ a $k=0,120$ y las correlaciones Q entre los pares de instrumentos variaron de 0,715 a 0,804, datos que fueron semejantes a los encontrados en trabajos con muestras poblacionales. Las implicaciones para el diagnóstico clínico son discutidas teniendo como base la importancia de la evaluación hecha por informantes múltiples para conocer las conductas de los adolescentes con quejas de salud mental en diferentes contextos y así elaborar diagnósticos más precisos y planificar intervenciones más adecuadas.

Palabras clave: Problemas conductuales; Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad; Adolescentes; Informantes.

Introdução

A quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-5) estabelece que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/Impulsividade (TDAH) pertence ao grupo de condições clínicas dos transtornos do neurodesenvolvimento com início no período da infância, caracterizado por graus variados de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (American Psychiatric Association [APA], 2014). O TDAH é considerado um dos transtornos mais comuns na infância, ocorrendo em 5% das crianças em idade escolar. Em adultos, a prevalência é 2,5% (APA, 2014).

Para o estabelecimento do diagnóstico, de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), é necessário que seja confirmado um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, com interferência expressiva no funcionamento escolar, familiar e social. Esse padrão deve ter início antes dos 12 anos e se manter de forma consistente em diferentes ambientes. As principais manifestações são divagação em tarefas e atividades, falta de persistência, déficits em habilidades atencionais, desorganização, atividade motora excessiva, incapacidade de postergar gratificações e intromissão social, dentre outras (APA, 2014).

O quadro clínico do TDAH está frequentemente associado a diversos problemas de comportamento e comorbidades (Reinhardt & Reinhardt, 2013), cujo reconhecimento é fundamental para a elaboração de planos de intervenção adequados e abrangentes, que aumentam a eficácia do manejo clínico, parental e educacional (Reinhardt & Reinhardt, 2013; Sibley, Atzuler, Morrow, & Merrill, 2014). Entende-se por “problema de comportamento” o comportamento que ocorre com uma frequência e/ou intensidade elevada ou muito baixa, que interfere no acesso da criança a novas contingências de reforçamento, contingências que são importantes para a aprendizagem e desenvolvimento (Bolsoni-Silva & Del-Prette, 2003). Ou seja, um comportamento é considerado um problema não necessariamente em função da sua topografia, mas sim do impacto que ele causa no ambiente. Dentro dessa concepção, os problemas de comportamento podem ser avaliados a partir de um modelo de classificação em função de como eles comprometem o ambiente e a própria pessoa, relativamente independente da topografia do comportamento. Esse modelo de classificação foi proposto por Achenbach e Edelbrock (Achenbach & Edelbrock, 1979; 1978) e, atualmente, é endossado pela APA (2014). Nesse modelo, os problemas de comportamento são classificados como externalizantes (agitação e agressividade, por

exemplo, que causam os maiores impactos nas pessoas que convivem com o indivíduo que os manifesta) e internalizantes (retraimento social e tristeza, por exemplo, que causam maior impacto na própria pessoa acometida pelo problema, se comparado ao impacto produzido no ambiente) (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner, & Althoff, 2016).

Dessa forma, como o diagnóstico do TDAH é essencialmente clínico, é importante, além da avaliação clínica e neuropsicológica da criança, investigar os comportamentos que ela apresenta em diferentes contextos, sendo necessária a participação de múltiplos informantes nesse processo (Visser, Zablotsky, Holdbrook, Danielson, & Bitsko, 2015; APA, 2014; American Academy of Pediatrics, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2010). O impacto que as manifestações comportamentais de crianças com TDAH têm sobre os ambientes geralmente difere. Nesse sentido, o relato de pessoas que convivem com a criança nos diferentes contextos é essencial para uma avaliação global dos aspectos comportamentais necessários para a definição de queixas relativas ao TDAH (Alexander & Liljequist, 2016; Efron et al., 2014; Kotte, Faraone, & Biederman, 2013; Willcutt et al., 2013; Whitehouse, Robinson, & Zubrick, 2011).

A maior parte dos estudos que utilizam múltiplos informantes para avaliar padrões de funcionamento comportamental de populações com queixas de problemas de saúde mental relativos a TDAH utiliza preferencialmente pais e professores, sendo escassos os estudos que incluem os próprios adolescentes na condição de informantes (Power, Watkins, Anastopoulos et al., 2017; Mayfield, Parke, Barchard et al., 2016; Martel, Schimmack, Nikolas, & Nigg, 2015). Em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, prevalece ainda o diagnóstico tardio de diferentes transtornos do neurodesenvolvimento. A rigor, o diagnóstico deveria ser feito, pelo menos, até o início da adolescência, como é o caso do TDAH. Por dificuldades de acesso a serviços de saúde mental, isso não ocorre (Couto & Delgado, 2015). O rastreamento de concordâncias e discordâncias entre múltiplos informantes para avaliar problemas externalizantes e internalizantes de comportamento de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade pode dar uma pista sobre como as principais pessoas que convivem com o adolescente e ele próprio, também, são capazes ou não de perceber indicadores de problemas de comportamento correlatos da desatenção e hiperatividade/impulsividade. Pela importância dessa estratégia de avaliação, Martel et al. (2015) propuseram a validação clínica de um modelo psicométrico de

avaliação com uso de múltiplos informantes para rastreamento de sinais de TDAH.

Com o objetivo de verificar como o processo de diagnóstico do TDAH tem sido realizado nos Estados Unidos, Visser et al. (2015) realizaram uma pesquisa usando dados obtidos no 2014 *National Survey of the Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Tourette Syndrome* com pais de 2.976 crianças diagnosticadas com TDAH entre os anos 2011 e 2012. Os autores identificaram que em aproximadamente 65% dos casos as preocupações iniciais sobre os problemas das crianças são levantadas pelos pais e, em 30%, pelos educadores. Em 81,9% das avaliações, houve o envolvimento de pelo menos um adulto de fora da família (educadores, professores, membros da comunidade etc.) e, pelo menos, 80% das crianças participação do processo diagnóstico. Esses resultados evidenciam que, na maior parte dos casos, a instrução de uso de múltiplos informantes é seguida pelo profissional. No entanto, um em cada cinco casos são diagnosticados com TDAH sem a percepção de adultos que convivem fora do contexto familiar, o que não está de acordo com as orientações da APA (2014) e da American Academy of Pediatrics (2011) e aumenta a chance de erro nas decisões quanto ao diagnóstico e tratamento.

Quando múltiplos informantes (pais, professores e adolescentes) descrevem seus relatos sobre os comportamentos de uma pessoa com TDAH, a concordância entre eles é variável. Isso pode ser observado, tanto quando se analisa a frequência e gravidade de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, bem como dos padrões comportamentais de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade (Watabe, Owens, Evans, & Brandt, 2014; Caye, Machado, & Rohde, 2013). Relatos discordantes entre informantes em relação a problemas comportamentais têm implicações clínicas importantes, tanto para o diagnóstico do TDAH, como também para a intervenção (Bordin et al., 2013; Wan Salwina, Baharudin, Nik Ruzayani, Midin, & Rahman, 2013).

Evidências mostram, por exemplo, que os pais geralmente têm informações escassas sobre o comportamento de crianças e adolescentes na escola e, em contrapartida, os professores tendem a ter pouco conhecimento sobre o comportamento em ambiente familiar (Alexander & Liljequist, 2016; Caye et al., 2013). Estudos nos quais foram avaliados os índices de concordância entre relatos de pais e adolescente e entre pais e professores de crianças com TDAH revelaram que eles variaram de moderado a baixo. Já entre os relatos de professores e dos próprios adolescentes diagnosticados com TDAH, os índices oscilam entre

baixo e muito baixo (Wan Salwina et al., 2013; Kaner, 2011; Bussing et al., 2008).

Considerando o relato de múltiplos informantes como essencial para a identificação dos sintomas de TDAH e de outros problemas de comportamento frequentemente associados ao TDAH na infância ou na adolescência, o presente estudo teve como objetivo verificar semelhanças e diferenças no relato de pais, professores e adolescentes, analisar a correlação entre as pontuações obtidas com cada um dos informantes em inventários de avaliação de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes e calcular os índices de concordâncias entre os múltiplos informantes em relação à percepção de problemas de atenção, problemas de comportamento internalizantes e problemas de comportamento externalizantes de adolescentes com queixas de desatenção e/ou hiperatividade.

Método

Participantes

O desenho do estudo foi transversal cuja amostra foi selecionada sob critérios não probabilísticos. A amostra consistiu de 72 participantes: a) 24 adolescentes cujos responsáveis procuraram atendimento no protocolo de avaliação; b) 24 responsáveis pelos adolescentes; e c) os respectivos 24 professores, residentes na região de São Paulo. Para caracterização dos adolescentes avaliados com queixa de TDAH, a amostra foi composta por 13 meninos e 11 meninas, com idade entre 11 e 16 anos (média=12,8; desvio padrão=1,7) e estavam, em sua maioria, matriculados em escolas particulares (83%). As mães participaram na condição de informantes na sua maioria (87%). Os critérios de inclusão dos professores informantes foram ser responsáveis pelas matérias de português ou matemática, já que são disciplinas oferecidas com maior frequência durante a semana, e conhecer o adolescente há, pelo menos, seis meses. Essa população procede de um banco de dados que inclui 155 participantes entre 6 e 16 anos do protocolo de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixa de desatenção e hiperatividade (Carreiro et al., 2014), tendo sido excluídos 112 crianças entre 6 e 10 anos que, por conta da faixa etária, não preencheram o YSR. Para a composição da amostra inicial, 43 adolescentes entre 11 e 16 anos, foram selecionados e avaliados previamente, mediante avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica.

Procedimento para seleção dos participantes

A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos de pesquisas com seres humanos e foi aprovado

pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil (CEP/UPM nº 1232/04/2010 e CAAE nº 0039.0.272.000-10). Os critérios e instrumentos para seleção da amostra foram descritos em detalhes em estudo prévio (Carreiro et al., 2014), no qual se apresenta o protocolo desenvolvido para investigar sinais de desatenção e hiperatividade em crianças e adolescentes, sob os aspectos comportamentais, neuropsicológicos e clínico-neurológico.

Para a seleção dos participantes, os adolescentes passaram por uma avaliação neuropsicológica e comportamental, composta por uma triagem presencial onde os pais preencheram uma Anamnese, Roteiro de perguntas baseado no DSM-5 (APA, 2014) composto pelos sinais clínicos de desatenção (n=9), hiperatividade (n=6) e impulsividade (n=3) e Inventários comportamentais CBCL/6-18 (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001). Além disso, professores preencheram o inventário TRF/6-18 (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001), entregue pelos pais. Para avaliar o desempenho dos adolescentes, foram utilizados os instrumentos: Inventário YSR/11-18 (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001), Escala de Inteligência Wechsler para crianças e adolescente (*Wechsler intelligence scale for children – Wisc-III*) (Figueiredo, 2002), Teste de Desempenho Contínuo de Conners- (CPT II) (*Conners' continuous performance test II*) (Epstein et al., 2003; Conners, Epstein, Angold, & Klaric, 2003), Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (Wisconsin card sorting test – WCST) (Heaton, Chelune, Talley, Kay, & Curtiss, 2004), Teste de Atenção por Cancelamento (TAC) (Montiel & Seabra, 2012), e Testes Computadorizados de Atenção que foram utilizados em três experimentos, de acordo com os trabalhos de Lellis (2011) e Carreiro, Haddad e Baldo (2011). Na última fase, todos os participantes passaram por uma avaliação clínica-neurológica.

Inicialmente foram selecionados (n=43) adolescentes, dos quais (n=19) foram excluídos, sendo nove por perda de seguimento, cinco por apresentarem $QI < 70$ e cinco por apresentarem outros transtornos psiquiátricos e/ou do neurodesenvolvimento como sinais de Transtorno do Espectro Autista. Foram incluídos somente os que apresentaram sintomas de desatenção (n=24) sendo que, 58% (n=14) pontuaram sintomas de hiperatividade/impulsividade, de acordo com o Roteiro de perguntas baseado no DSM-5 (APA, 2014), respondido pelo cuidador principal, bem como, aqueles que apresentaram habilidades intelectuais preservadas, de acordo com o teste Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 3ª edição do WISC-III (Figueiredo, 2002).

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos: a) *Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos - CBCL/6-18* (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001), desenvolvido para avaliação de comportamentos das crianças e adolescentes por meio do relato de pais/responsáveis no ambiente familiar; b) *Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos – Relatório para Professores – TRF/6-18* (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001), que tem os professores como informantes sobre comportamentos de crianças e adolescentes no ambiente escolar; c) *Inventário de Autoavaliação para Adolescentes entre 11 e 18 anos – YSR/11-18* (Bordin et al., 2013; Achenbach & Rescorla, 2001), respondido pelo adolescente que avalia seu próprio comportamento. Todos esses instrumentos são respondidos baseando-se nos comportamentos apresentados nos últimos seis meses.

Esses três instrumentos pertencem ao Sistema de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA), que é um sistema integrado de instrumentos cujo preenchimento pode ser feito por múltiplos informantes, possibilitando comparações entre relatos sobre problemas de comportamento de maneira padronizada e em função do sexo e faixa etária (Achenbach & Rescorla, 2001). Cada um dos itens de problemas emocionais/comportamentais dos inventários pode ser pontuado como 0 (zero), se o mesmo não é verdadeiro, tanto quanto o informante conhece, 1 (um) se é um pouco verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro, e 2 (dois) se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Os itens são agrupados em oito escalas derivadas da análise fatorial do instrumento: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo. As duas primeiras são agrupadas na Escala de Internalização, as duas últimas na Escala de Externalização e todos os itens de problemas emocionais/comportamentais dos inventários são computados na Escala Total. O CBCL e YSR apresentam 105 itens em comum; o CBCL e TRF têm 97 itens em comum e o TRF e YSR apresentam 73 itens em comum. Tanto o CBCL, quanto o YSR apresentam evidências de validade para a população brasileira (Bordin et al., 2013; Rocha et al., 2013; Rocha, 2012).

Análise dos dados

Os instrumentos foram corrigidos utilizando o programa *Assessment Data Manager 7.2* (ADM)

do ASEBA que permite a conversão de pontuações brutas em pontuações padronizadas de acordo com a idade e sexo (Escore T). Para esse estudo, foram analisadas as escalas de Internalização, Externalização e Total em função de sua abrangência e a escala Problemas de Atenção, pela relevância da queixa e critérios de seleção amostral. Os escores obtidos nessas escalas são classificados nas faixas normal, limítrofe e clínica, de acordo com a frequência de problemas de comportamento. Para o presente estudo as faixas clínica e limítrofe foram agrupadas seguindo a recomendação de Achenbach e Rescorla (2001). Além disso, o ADM permite a comparação das respostas dos diferentes informantes e calcula a correlação Q das respostas dos três inventários. A distribuição dos índices de concordância entre os instrumentos foi feita de acordo com os grupos de referências da amostra normativa americana (Achenbach & Rescorla, 2001). Para o cruzamento entre CBCL e YSR, a correlação 0,17 ocupou o percentil 25, a 0,29 o percentil 50 e a 0,40 o percentil 75. Entre os CBCL e TRF, os valores são 0,09, 0,23 e 0,37, e entre o YSR e TRF os valores são 0,07, 0,19 e 0,30.

Análises estatísticas descritivas foram realizadas utilizando o *software* SPSS 22.0, no qual também foram realizadas as análises estatísticas inferenciais. O teste t pareado foi utilizado para comparação dos escores T médios obtidos em cada um dos instrumentos. A correlação entre a pontuação obtida nas escalas do CBCL, TRF e YSR foi calculada utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Os critérios adotados para análise dos resultados foram: valores maiores ou iguais a 0,70 (em módulo) indicam uma forte correlação, valores entre 0,30 e 0,70 (em módulo) indicam correlação moderada e valores entre zero e 0,30 (em módulo) indicam uma correlação fraca entre as variáveis (Cohen, 1988). Para verificar a concordância dos informantes na obtenção de um escore clínico foi utilizado o índice Kappa. Índices de correlação Q foram calculados entre os pares de instrumentos e para a amostra como um todo. Para todas as análises foi assumido como nível de significância valores de $p \leq 0,05$.

Resultados

Inicialmente, compararam-se os escores T médios obtidos pelos adolescentes a partir da resposta ao CBCL, TRF e YSR. Como cada um desses instrumentos refere-se ao mesmo participante, foi utilizado o teste t para amostras pareadas. Os resultados podem ser verificados na Tabela 1.

TABELA 1
Escore T médios nas escalas Problemas de Atenção, Internalização, Externalização e Total em função do informante: CBCL/6-18, TRF e YSR

	CBCL M (DP)	TRF M (DP)	YSR M (DP)
Problemas de Atenção	74,92 (10,27)	61,21 (7,20)	65,71 (11,56)
Escala de Internalização	64,38 (10,12)	61,04 (10,74)	58,50 (8,26)
Escala de Externalização	59,91 (9,89)	55,83 (9,83)	52,63 (10,02)
Escala Total de Problemas	66,13 (7,67)	61,00 (8,79)	57,79 (8,84)

M = média; DP = desvio padrão.

Para a escala Problemas de Atenção, foi encontrada diferença estatisticamente significativa na comparação da avaliação feita pelos responsáveis (CBCL) e pelos adolescentes (YSR), sendo que os últimos reportaram problemas com menor frequência nesta escala ($t(23) = -3,121$; $p = 0,005$). O mesmo foi encontrado para a Escala de Internalização ($t(23) = 2,682$; $p = 0,013$), Externalização ($t(23) = -3,431$; $p = 0,002$) e Total ($t(23) = -4,514$; $p = 0,000$). Não foi encontrada diferença na comparação dos escores obtidos a partir da percepção dos adolescentes (YSR) e dos professores (TRF). Na comparação da avaliação feita pelos responsáveis (CBCL) e pelos professores (TRF), foi encontrada diferença estatística significativa para a escala Problemas de Atenção ($t(23) = 6,859$; $p = 0,000$) e Escala Total de Problemas ($t(23) = 2,561$; $p = 0,017$). Em ambas os pais indicaram mais problemas do que os professores.

Correlações entre os escores obtidos no CBCL e YSR foram estatisticamente significativas para as Escalas de problemas de comportamento externalizantes ($r = 0,454$; $p = 0,026$) e Total de Problemas ($r = 0,407$; $p = 0,049$). Correlações positivas moderadas entre os escores obtidos no CBCL e TRF foram observadas para a escala Problemas de Atenção ($r = 0,415$; $p = 0,044$) e problemas de comportamento externalizantes ($r = 0,405$; $p = 0,049$).

A análise dos escores T médios apresentados na Tabela 1 evidencia que, para todas as escalas, os valores foram mais elevados na avaliação dos responsáveis, intermediários na avaliação dos professores e mais baixos no autorrelato. Resultado semelhante foi encontrado considerando o número de casos que atingiram a faixa clínica das escalas dos instrumentos, como pode ser observado na Figura 1.

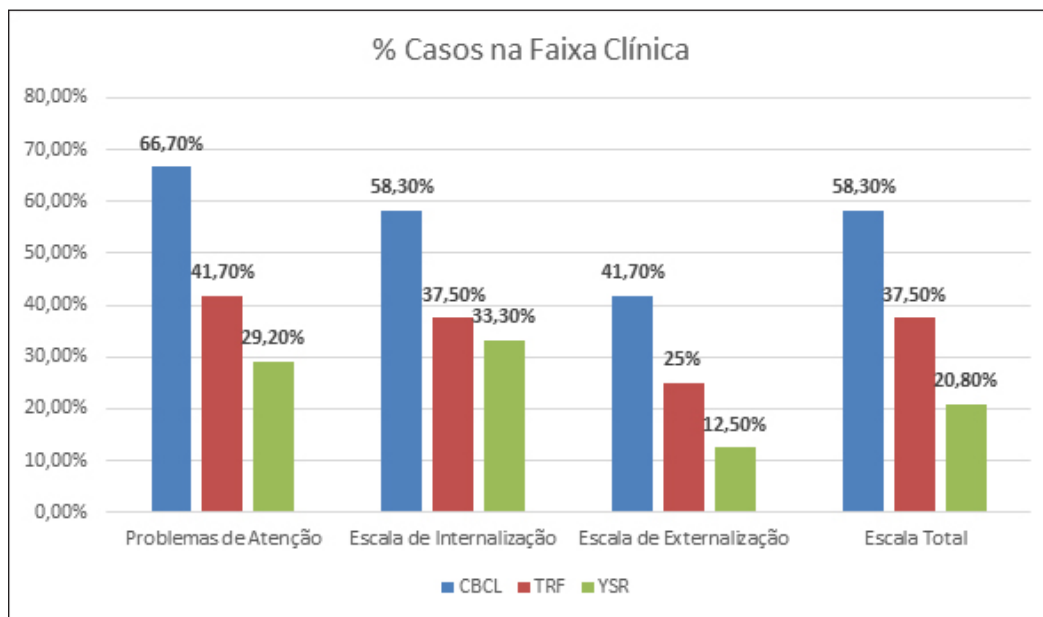


Figura 1. Porcentagem de casos que atingiram a faixa clínica das escalas do CBCL, TRF e YSR de acordo com o tipo de informante.

A avaliação realizada a partir da perspectiva dos responsáveis no CBCL gerou o maior número de casos com escores na faixa clínica para todas as escalas analisadas. Especificamente na escala Problemas de Atenção, 66,7% dos adolescentes atingiram escores clínicos na avaliação feita pelos pais (CBCL). Os professores (TRF) indicaram problemas na faixa clínica com menor frequência que os responsáveis, sendo novamente a escala Problemas de Atenção a que mostrou o maior número de escores clínicos: 41,7%. Já de acordo com a percepção dos adolescentes (YSR), o maior número de casos clínicos foi identificado na Escala de problemas de comportamento internalizantes (33,3%).

Para verificar a concordância entre os informantes quanto aos problemas indicados estarem na faixa clínica ou normal, foram utilizadas tabelas 2×2 com o cálculo dos valores kappa. Os índices variaram de $k=0,333$ (concordância fraca) para os pares CBCL×YSR e YSR×TRF na Escala de Externalização a $k=0,120$ (concordância fraca) para o par CBCL×TRF na Escala Total, como pode ser visto na Figura 2, na qual pontos nas áreas escuras representam concordância entre informantes e ponto nas áreas em branco indicam discordância.

Por fim, as respostas dos diferentes informantes aos itens dos instrumentos foram correlacionadas par a par e para a amostra como um todo. Para o par CBCL×YSR, a média do índice de correlação Q de cada um dos participantes foi 0,369. Para o par YSR×TRF, o valor médio foi 0,295. Ambos os valores estão dentro da média de correlação dos instrumentos.

Para o par CBCL×TRF, a correlação Q média dos participantes foi de 0,407, valor acima do percentil 75 de correlações entre estes instrumentos. A correlação Q entre os pares de instrumentos para a amostra como um todo foi: 0,792 (CBCL×YSR), 0,804 (CBCL×TRF) e 0,715 (YSR×TRF).

Discussão

Foram analisados os perfis comportamentais de adolescentes encaminhados para avaliação neuropsicológica comportamental e clínica em função de queixas relacionadas ao TDAH elaborados a partir de instrumentos de avaliação de problemas de comportamento respondidos pelo próprio adolescente (YSR), pelo seu responsável (CBCL/6-18), e por um de seus professores da escola (TRF/6-18). Os dados obtidos confirmam resultados de estudos anteriores com populações clínicas com TDAH bem como de populações sem queixas de saúde mental, que indicam os responsáveis como aqueles que mais apontam problemas internalizantes e externalizantes (Grigorenko, Geiser, Slobodskaya, & Francis, 2010; Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes, & Borges, 2009).

É interessante analisar os resultados à luz de trabalhos que utilizam amostras de adolescentes encaminhados para avaliação psicológica, não especificamente em função de sintomas de TDAH, e amostras de adolescentes da população geral. Ao avaliar adolescentes encaminhados para atendimento psicológico, Rocha, Ferrari e Silveiras (2011)

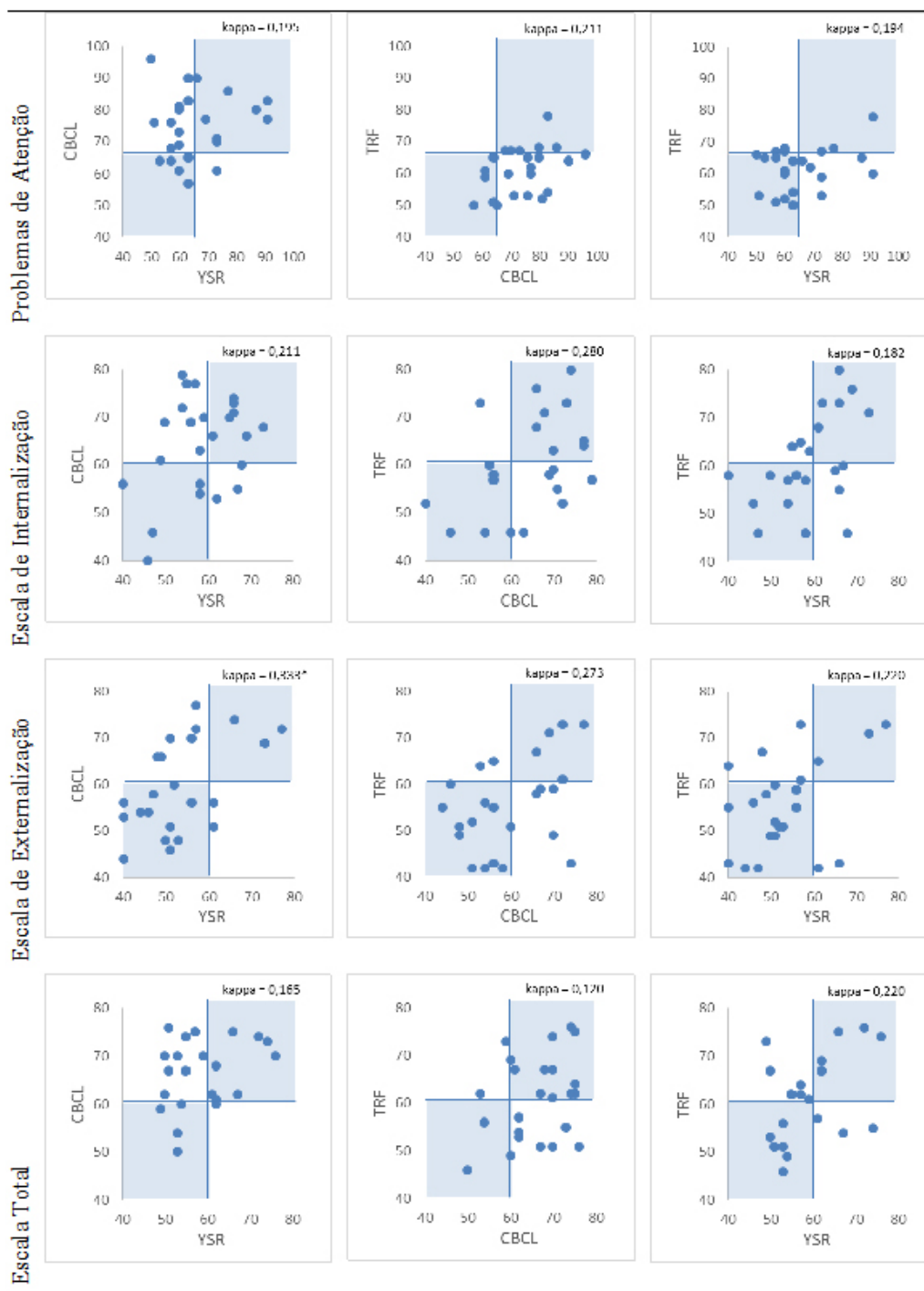


Figura 2. Concordância e discordância entre os múltiplos informantes no que se refere a índices de problemas na faixa normal ou clínica.

também encontraram uma maior porcentagem de casos reportados pelos responsáveis (CBCL/6-18) que atingiu a faixa clínica quando comparada aos casos da autoavaliação ou autorrelato dos adolescentes (YSR). Já em um estudo sobre a concordância de responsáveis e adolescentes em 25 culturas (amostras da população geral), Rescorla et al. (2013) encontraram escores mais elevados na autoavaliação dos adolescentes.

Assim, esse estudo revelou que os adolescentes e seus responsáveis apresentam um padrão de resposta semelhante aos de outros adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental e diferente daqueles da população geral. Isso sugere que o fato de adolescentes reportarem menos problemas que os responsáveis não está relacionado exclusivamente com os sintomas de desatenção apresentados.

Analisando as avaliações feitas por pais e professores, Coutinho et al. (2009) encontraram que frente aos sintomas de desatenção os índices de concordância se mostram médios, mas, por outro lado, frente aos sintomas de hiperatividade, a taxa de concordância é baixa. Os autores apontam, ainda, que pais relatam mais problemas de comportamento de desatenção e hiperatividade comparados a professores. Este estudo não investigou especificamente o tipo de sintoma de TDAH apresentado pelo adolescente, mas sim a presença de problemas de atenção e problemas de comportamento internalizantes e externalizantes na avaliação feita a partir de múltiplos informantes. Ainda que, no geral, os responsáveis tenham indicado mais problemas que os professores, a correlação entre os relatos desses informantes foi positiva e moderada tanto para a escala Problemas de Atenção ($r=0,415$), quanto para Problemas de Externalização ($r=0,405$) e positiva fraca para Problemas de Internalização ($r=0,340$) e Problemas Totais ($r=0,297$).

Esses índices de correlação são superiores aos encontrados por Rescorla et al. (2014) em um estudo que correlacionou os escores obtidos no CBCL/6-18 e TRF para 27.962 crianças e adolescentes de 21 culturas. Estes autores encontraram um índice de correlação de 0,33 para a Escala de Externalização e de 0,24 para a Escala de Internalização. Dados semelhantes foram encontrados por Salbach-Andrae, Lenz e Lehmkhl (2008) para uma amostra de adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental. Assim, a correlação mais elevada para os problemas externalizantes, como apontada por esse trabalho e por outros da literatura, confirma a hipótese de que esse tipo de problema é mais fácil de ser observado por pessoas que convivem com o adolescente. Esse fato provavelmente contribuiu para a maior concordância entre responsáveis e professores quanto às respostas ao CBCL/6-18 e TRF/6-18.

Enquanto que na avaliação dos responsáveis e dos professores a escala Problemas de Atenção foi a que apresentou maior número de casos com escores na faixa clínica, na autoavaliação do adolescente ela ficou em segundo lugar. Problemas de Internalização foram os mais reportados pelos adolescentes. Na verdade, verificaram-se escores elevados para a Escala de Internalização a partir da avaliação de todos os informantes. Esse resultado pode ser explicado em função dos problemas internalizantes serem de fato frequentemente apresentados por adolescentes com TDAH (Lundervold, Hinshaw, Sørensen, & Posserud, 2016; Tsang et al., 2015). Considerando que havia uma predominância de adolescentes com queixas de desatenção nesta amostra segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2014), e que problemas de atenção estão associados

com transtornos de ansiedade (Tsang et al., 2015) e depressão (Lundervold et al., 2016), índices elevados de dificuldades emocionais de tipo internalizantes associadas com o transtorno eram esperados.

Assim como Rescorla et al. (2014) e Rocha et al. (2011), utilizamos o modelo Kappa para verificar o padrão de concordância da pontuação das escalas como clínicas ou normais. Os valores Kappa encontrados para a comparação entre responsáveis (CBCL) e professores (TRF) foram superiores aos encontrados por Rescorla et al. (2014) no estudo que agrupou dados de 21 culturas. Os índices obtidos para a comparação entre os responsáveis (CBCL) e os adolescentes (YSR) variaram de concordância baixa para as escalas Problemas de Atenção ($k=0,195$) e Total ($k=0,165$) à concordância moderada para as escalas de Internalização ($k=0,211$) e Externalização (0,333). Esses valores também são superiores aos encontrados por Rocha et al. (2011) em uma amostra de adolescentes encaminhados para atendimento em um serviço-escola de psicologia. A concordância entre os adolescentes e os professores também variou de baixa a moderada. Considerando os três pares de análise (CBCL×YSR, CBCL×TRF e YSR×TRF), a Escala de Externalização apresentou maiores índices de concordância, confirmando o encontrado na análise de correlação da pontuação obtida nas escalas. Esses resultados indicam que casos identificados na faixa clínica por um dos informantes não são necessariamente identificados do mesmo modo pelos demais, o que confirma a importância da inclusão do relato de diferentes pessoas que convivem com o adolescente na avaliação de seus problemas de comportamentos, indicada por diversos autores (Visser et al., 2015; APA, 2014; Bordin et al., 2013; Kaner, 2011; Rocha et al., 2011). Os baixos índices de concordância obtidos entre todas as díades de informantes nas escalas de Problemas de Atenção e problemas internalizantes também confirmam a necessidade de incluir mais de um informante na avaliação (Martel, Nigg, & Schimmack, 2017).

Por fim, para verificar a concordância dos diferentes informantes na resposta aos itens comuns aos instrumentos, foi calculada a correlação Q. Os resultados indicaram correlações fortes entre as respostas (com índices de correlação entre 0,715 a 0,804), indicando que os diferentes pares de informantes concordam quanto a quais itens recebem uma pontuação baixa, média ou alta (0, 1 ou 2, respectivamente). No entanto, ao analisar a concordância entre as díades, o valor de correlação Q médio foi moderado para a comparação entre o responsável (CBCL) e o professor (TRF) ($Q_{corr} = 0,407$) e baixo para as díades de responsável (CBCL) e adolescente (YSR) ($Q_{corr}=0,369$) e adolescente (YSR) e professor (TRF) ($Q_{corr}=0,295$).

Ainda que a concordância entre as díades na resposta aos itens não tenha sido forte, os valores encontrados então acima do percentil 50, considerando os valores encontrados para a amostra normativa norte-americana dos instrumentos (Achenbach & Rescorla, 2001). Além disso, os presentes resultados estão dentro dos parâmetros encontrados em estudos multiculturais (Rescorla et al. 2013; 2014). Uma importante implicação desse resultado é que, ainda que eventualmente haja díades com alta concordância, o mais comum é encontrar díades com baixa concordância nas respostas dadas aos itens dos inventários. Isso não implica em erros da parte de um dos respondentes, mas sim que cada informante oferece uma perspectiva única dos comportamentos apresentados no contexto em que está inserido (Gomez & Gomez, 2015; Rocha et al., 2011).

O presente estudo contribui para a compreensão dos problemas apresentados por adolescentes com queixas associadas ao TDAH na perspectiva de pais, professores e dos próprios adolescentes. No entanto, os resultados apresentados devem ser interpretados considerando suas limitações, como amostra oriunda predominantemente de escolas particulares com tamanho relativamente reduzido, que não permitiu que fossem utilizados modelos estatísticos robustos para integração dos dados. É necessário ressaltar que a resposta aos instrumentos de avaliação de problemas de comportamento não é uma medida direta, portanto não podemos afirmar com certeza que as discrepâncias se devem às diferenças no comportamento do adolescente nos contextos avaliados. Como não existe parâmetro de distribuição normal da correlação entre informantes para a população brasileira, os resultados do estudo

foram comparados com os da população americana (Achenbach & Rescorla, 2001), podendo esta ser considerada como uma limitação do estudo. Entretanto, o estudo é pioneiro no uso do coeficiente Q_{corr} em população com queixas de desatenção e hiperatividade. Sugere-se a realização de estudos semelhantes com amostra maiores e com a inclusão de procedimentos de avaliação neuropsicológica nessa comparação.

Considerações finais

A avaliação de um adolescente com queixas de desatenção e hiperatividade deverá englobar, sempre que possível, dados provenientes de diferentes informantes, incluindo responsáveis, professores e o próprio avaliado. Ainda que a concordância entre as informações varie de baixa à média, todos parecem contribuir de maneira importante para o processo de avaliação. Essa conclusão é confirmada especialmente pela análise individual de cada caso, até mesmo porque adolescentes diferentes são identificados como apresentando mais problemas a partir de cada uma das perspectivas, o que faz com que casos de falsos negativos sejam minimizados quando a avaliação é feita de maneira global. Dessa forma, os resultados apontaram que a avaliação feita por múltiplos informantes contribui para a compreensão do padrão de funcionamento comportamental do adolescente em diferentes situações e ambientes. A compreensão desse padrão auxilia na elaboração de hipóteses em relação a eventos que comprometem o funcionamento desse adolescente nos diferentes ambientes e viabiliza o planejamento de intervenções mais abrangentes

Referências

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *J Consult Clin Psychol*, 47(2), 223-33. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.223>
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychol Bull*, 85(6), 1275-1301. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, V.T: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing problems: review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Alexander, L. & Liljequist, L. (2016). Determining the Accuracy of Self-Report Versus Informant-Report Using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *J Atten Disord.*, 20(4), 346-352. <https://doi.org/10.1177/1087054713478652>
- American Academy of Pediatrics. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. [10.1542/peds.2011-2654](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.

- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13-28. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Wilson Garvan, C., Eyberg, S. M., & Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Psychometric proprieties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317-328. <https://doi.org/10.1177/1073191107313888>
- Carreiro, L. R. R., Haddad, H., & Baldo, M. V. C. (2011). Effects of intensity and positional predictability of a visual stimulus on simple reaction time. *Neuroscience Letters*, 487(3), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.10.053>
- Carreiro, L. R. R., Schwartzman, J. S., Cantiere, C. N., Silva, N. A., Martin, M. A. F., Chiquetto, C. M., Baraldi, G. S., Mariani, M. C., Seraceni, M. F. F., & Teixeira, M. C. T. V. (2014). Protocolo interdisciplinar de avaliação neuropsicológica, comportamental e clínica para crianças e adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática* (Online), 16(3), 155-171. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p155-171>
- Caye, A., Machado, J. D., & Rohde, L. A. (2013). Evaluating Parental Disagreement in ADHD Diagnosis: Can We Rely On A Single Report From Home? *J Atten Disord.*, 27(1), 1-6. <https://doi.org/10.1177/1087054713504134>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children – United States, 2003 and 2007, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 59(44), 1439-1443.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., Angold, A., & Klaric, J. (2003). Continuous performance test performance in a normative epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 555-562. <https://doi.org/10.1023/A:1025457300409>
- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36(3), 97-100. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000300003>
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. Clin.*, 27(1): 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Efron, D., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., Ukoumunne, O. C., Jongeling, B., Schilpzand, E. J., Bisset, M., & Nicholson, J. M. (2014). Functional status in children with ADHD at age 6-8: a controlled community study. *Pediatrics*, 134(4), e992-e1000. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1027>
- Epstein, J. N., Erkanli, A., Conners, C. K., Klaric, J., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). Relations between Continuous Performance Test performance measures and ADHD behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 543-554. <https://doi.org/10.1023/A:1025405216339>
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – adaptação brasileira da 3ª edição*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Gomez, R. & Gomez, A. (2015). Agreement of adolescents ratings with mothers ratings and teachers ratings of ADHD symptom groups: A correlated trait-correlated method minus one analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 131-35. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.015>
- Grigorenko, E. L., Geiser, C., Slobodskaya, H. R., & Francis, D. J. (2010). Cross-Informant Symptoms From CBCL, TRF, and YSR: Trait and Method Variance in a Normative Sample of Russian Youths. *Psychological Assessment*, 22(4), 893-911. <https://doi.org/10.1037/a0020703>
- Heaton, R. K., Chelune, G. J.; Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (2004). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 346p.
- Kaner, S. (2011). ADHD symptoms in national samples of Turkish adolescents: self, parent, and teacher reports. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 3342-3348. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.04.297>
- Kotte, A., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2013). Association of genetic risk severity with ADHD clinical characteristics. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 162B(7), 718-733. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32171>
- Lellis, V. R. R. (2011). *Avaliação da atenção em crianças do ensino fundamental I: comparação de procedimentos tradicionais e computadorizados*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.
- Lundervold, A. J., Hinshaw S. P., Sørensen, L., & Posserud, M. B. (2016). Co-occurring symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a population-based sample of adolescents screened for depression. *BMC Psychiatry*, 16(1), 0-46. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0739-3>
- Martel, M. M., Schimmack, U., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2015). Integration of symptom ratings from multiple informants in ADHD diagnosis: a psychometric model with clinical utility. *Psychol Assess.*, 27(3), 1060-1071. <https://doi.org/10.1037/pas0000088>
- Martel, M. M., Nigg, J. T., & Schimmack, U. (2017). Psychometrically Informed Approach to Integration of Multiple Informant Ratings in Adult ADHD in a Community-Recruited Sample. *Assessment*, 24(3), 279-289. <https://doi.org/10.1177/1073191116646443>
- Mayfield, A. R., Parke, E. M., Barchard, K. A., Zenisek, R. P., Thaler, N. S., Etkoff, L. M., & Allen, D. N. (2016). Equivalence of mother and father ratings of ADHD in children. *Child Neuropsychol.*, 11, 1-18. doi: 10.1080/09297049.2016.123618

- Montiel, J. M. & Seabra, A. G. (2012). Teste de atenção por cancelamento. In Seabra, A. G. & Dias, N. M. *Avaliação neuropsicológica cognitiva: atenção e funções executivas* (v. 1, pp. 79-85). São Paulo: Editora Memnon.
- Power, T. J., Watkins, M. W., Anastopoulos, A. D., Reid, R., Lambert, M. C., & DuPaul, G. J. (2017). Multi-Informant Assessment of ADHD Symptom-Related Impairments Among Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 46(5), 661-674. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1079781>
- Reinhardt, M. C. & Reinhardt, C. A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr*; 89(2),124-130. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.015>
- Rescorla, L. A., Bochicchio, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Dobrean, A., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., Frigerio, A., Fung, D. S., Lambert, M. C., Leung, P. W., Liu, X., Marković, I., Markovic, J., Minaei, A., Ooi, Y. P., Roussos, A., Rudan, V., Simsek, Z., van der Ende, J., Weintraub, S., Wolanczyk, T., Woo, B., Weiss, B., Weisz, J., Zukauskienė, R., & Verhulst, F. C. (2014). Parent-teacher agreement on children's problems in 21 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 43(4), 627-642. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.900719>
- Rescorla, L. A.; Ginzburg, S.; Achenbach, T. M.; Ivanova, M. Y.; Almqvist, F.; Begovac, I.; Bilenberg, N.; Bird, H.; Chahed, M.; Dobrean, A.; Döpfner, M.; Erol, N.; Hannesdottir, H.; Kanbayashi, Y.; Lambert, M. C.; Leung, P. W.; Minaei, A.; Novik, T. S.; Oh, K. J.; Petot, D.; Petot, J. M.; Pomalima, R.; Rudan, V.; Sawyer, M.; Simsek, Z.; Steinhausen, H. C.; Valverde, J.; Ende J.; Weintraub, S.; Metzke, C. W.; Wolanczyk, T.; Zhang, E. Y.; Zukauskienė, R.; & Verhulst, F. C. (2013). Cross-Informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717870>
- Rocha, M. M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silveiras, E. F. M., Borsa, J. C., Araújo, L. G. Assis, S. G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(4), 329-338. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000637>
- Rocha, M. M. (2012). *Evidências de validade do "Inventário de autoavaliação para adolescentes" (YSR/2001) para a população brasileira*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Rocha, M. M., Ferrari, R. A., & Silveiras, E. F. M. (2011). Padrões De Concordância Entre Múltiplos Informantes Na Avaliação Dos Problemas Comportamentais De Adolescentes: Implicações Clínicas. *Estud. Pesqui. Psicol.*, 11(3), 948-964. <https://doi.org/10.12957/epp.2011.8345>
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2008) Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *European Psychiatry*, 24(5), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.07.008>
- Sibley, M. H., Altszuler, A. R., Morrow, A. S., & Merrill, B. M. (2014). Mapping the academic problem behaviors of adolescents with ADHD. *Sch Psychol Q*, 29(4), 422-437. <https://doi.org/10.1037/spq0000071>
- Tsang, T. W., Kohn, M. R., Efron, D., Clark, C. R., Lamb, C., & Williams, L. M. (2015). Anxiety in young people with ADHD: clinical and self-report outcomes. *J. Atten Disord*, 19(1), 18-26. <https://doi.org/10.1177/1087054712446830>
- Visser, S. N., Zablotsky, B., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., & Bitsko, R. H. (2015). Diagnostic Experiences of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Natl Health Stat Report*, 81(3), 1-7.
- Watabe, Y., Owens, J. S., Evans, S. W., & Brandt, N. E. (2014). The relationship between sluggish cognitive tempo and impairment in children with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol.*, 42(1), 105-115. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9767-3>
- Wan Salwina, W. I., Baharudin, A., Nik Ruzayanei, N. J., Midin, M., & Rahman, F. H. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms reporting in Malaysian adolescents: Do adolescents, parents and teachers agree with each other? *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 483-487. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.05.001>
- Willcutt, E. G., Petrill, S. A., Wu, S., Boada, R., DeFries, J. C., Olson, R. K., & Pennington, B. F. (2013). Comorbidity between reading disability and math disability: concurrent psychopathology, functional impairment, and neuropsychological functioning. *J Learn Disabil*, 46(6), 500-516. <https://doi.org/10.1177/0022219413477476>
- Whitehouse, A. J., Robinson, M., & Zubrick, S. R. (2011). Late talking and the risk for psychosocial problems during childhood and adolescence. *Pediatrics*, 128(2), e324-332. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2782>

Autores:

Adriana de Fatima Ribeiro – Doutoranda, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Regina Luísa de Freitas Marino – Doutoranda, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Carla Nunes Cantieri – Doutoranda, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira – Doutora, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Marina Monzani da Rocha – Doutora, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
José Salomão Schwartzman – Doutor, Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Luiz Renato Rodrigues Carreiro – Doutor, Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Endereço para correspondência:

Marina Monzani da Rocha
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Rua da Consolação, 930, prédio 28
01302907 – São Paulo, SP, Brasil
<marinamonzani@gmail.com>

Recebido em: 06.12.2016

Aceito em: 28.09.2017