

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Correlações entre sintomas de desatenção e hiperatividade e problemas emocionais/comportamentais em crianças

Correlations between symptoms of inattention and hyperactivity and emotional/behavioral problems in children

Correlaciones entre síntomas de inatención e hiperactividad y problemas emocionales/conductuales en niños

Paula Segamarchi¹, Jader Brito², Gérson Muitana³, Maria Luiza Santos⁴ & Marina Monzani da Rocha⁵

¹ Universidade Presbiteriana Mackenzie. *E-mail:* paulasegamarchi@hotmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-4303-760X>

² Universidade Presbiteriana Mackenzie. *E-mail:* jader_brito1@hotmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-3550-137X>

³ Universidade Presbiteriana Mackenzie. *E-mail:* gmutana@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-0724-6607>

⁴ Universidade Paulista. *E-mail:* m Luizavna@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0002-9771-1513>

⁵ Universidade Presbiteriana Mackenzie. *E-mail:* marinamonzani@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-4995-7906>



Informações do Artigo:

Paula Segamarchi
paulasegamarchi@hotmail.com

Recebido em: 24/11/2021

Aceito em: 15/02/2023

RESUMO

O objetivo deste estudo consistiu em verificar a associação entre sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade e problemas emocionais/comportamentais relatados pelos pais de 24 crianças, entre oito e 11 anos de idade, com suspeita de TDAH através da escala SNAP-IV e do CBCL/6-18. Foram encontradas correlações entre o resultado total da escala SNAP-IV com problemas internalizantes, o pensamento e a atenção. As crianças que apresentaram pontuações mais elevadas na SNAP-IV também apresentaram pontuações mais altas nas escalas do CBCL, baseadas no DSM-5. Isto reforça a importância da realização de avaliação de problemas emocionais/comportamentais quando houver suspeita de TDAH.

PALAVRAS-CHAVE:

Distúrbios emocionais; TDAH; CBCL.

ABSTRACT

The aim of this study consisted in verifying the association between symptoms of inattention and hyperactivity-impulsivity and emotional/behavioral problems reported by parents of 24 children, between eight and 11 years of age, with suspected ADHD through the SNAP-IV scale and the CBCL/6-18. Correlations were found between the total result of the SNAP-IV scale with internalizing problems, thinking, and attention. Children who scored higher on the SNAP-IV also scored higher on the CBCL scales based on the DSM-5. It reinforces the importance of carrying out an assessment of emotional/behavioral problems when ADHD is suspected.

KEYWORDS:

Emotional disorders; ADHD; CBCL.

RESUMEN

El objetivo de este estudio consistió en verificar la asociación entre síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad y problemas emocionales/conductuales informados por los padres de 24 niños, entre ocho y 11 años, con sospecha de TDAH a través de la escala SNAP-IV y CBCL/6-18. Se encontraron correlaciones entre el resultado total de SNAP-IV con problemas internalizantes, el pensamiento y atención. Los niños que presentaron puntajes más altos en SNAP-IV también tuvieron puntajes más altos en CBCL, basadas en el DSM-5. Esto refuerza la importancia de realizar una evaluación de los problemas emocionales / conductuales cuando se sospecha de TDAH.

PALABRAS CLAVE:

Trastornos emocionales; TDAH; CBCL.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela presença de um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e desenvolvimento da criança, manifestando-se geralmente antes do ingresso na escola (American Psychiatric Association [APA], 2014). É um dos transtornos mais frequentes na infância e adolescência, com diversas pesquisas no mundo todo relacionadas à avaliação e intervenção. Caracterizado pela heterogeneidade de apresentações e por comorbidades e sobreposições frequentes com outros transtornos (APA, 2014), seu diagnóstico é complexo e sua etiologia multifatorial. Ou seja, trata-se de uma combinação de fatores

genéticos, neurobiológicos e ambientais (Akutagava-Martins et al., 2016).

A manifestação dos sintomas varia em distintos ambientes, podendo, em alguns casos, não serem aparentes durante exames clínicos, o que torna a identificação do perfil ainda mais difícil, já que não há biomarcadores ou outros critérios objetivos que possibilitem a identificação confiável do TDAH na prática clínica, ou seja, é um quadro classificado com base na observação do comportamento (Drechsler et al., 2020). Por ser um diagnóstico essencialmente clínico, a investigação em diferentes contextos é importante, tendo em conta que o impacto que as manifestações comportamentais das crianças têm sobre os ambientes normalmente é díspar, tornando o relato de pessoas que convivem com elas em situações variadas essencial para avaliar os aspectos relativos ao transtorno (Alexander & Liljequist, 2016). Tão importante quanto avaliar os problemas a partir de múltiplos informantes é a investigação de comorbidades, uma vez que crianças com TDAH têm maior risco de desenvolver outros quadros psiquiátricos (Jensen & Steinhausen, 2015) e que transtornos associados podem não responder ao tratamento quando não há integração no plano de intervenção (Hendren et al., 2018). Isso demonstra que tratar os sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade em detrimento das questões emocionais e comportamentais não é tão efetivo quanto oferecer apoio em todas as frentes necessárias.

Quanto à classificação do TDAH, o Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais (DSM-5) distingue três diferentes apresentações: i. predominantemente desatento; ii. predominantemente hiperativo-impulsivo; e iii. apresentação combinada – quando ambos os critérios são preenchidos (APA, 2014). Os sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, gerando impacto negativo nas atividades sociais, acadêmicas/profissionais da pessoa. Além disso, para serem classificados como parte do TDAH, os sintomas não podem ser explicados por meio de outros transtornos mentais (APA, 2014). Uma forma eficiente para a detecção do

TDAH são as escalas fundamentadas no DSM, tais como a escala Swanson e colaboradores, versão IV - SNAP-IV (Mattos et al., 2006).

Os problemas emocionais/comportamentais infantis também são frequentemente avaliados a partir de instrumentos padronizados (Duarte & Bordin, 2000), incluindo o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de seis a 18 anos - CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001). Trata-se de uma ferramenta respondida pelos pais ou responsáveis, amplamente utilizada em estudos brasileiros (Bordin et al., 2013), assim como em todo o mundo (Achenbach, 2019). Tal avaliação é determinante para o tratamento, uma vez que já está estabelecido na literatura que meninos com TDAH têm risco aumentado de problemas de comportamento externalizantes, enquanto as meninas possuem maior risco de apresentarem problemas internalizantes quando comparadas aos pares sem TDAH (Jensen & Steinhausen, 2015). Entende-se que o conhecimento sobre as comorbidades pode favorecer a compreensão dos mecanismos subjacentes aodemm transtorno, sendo, assim, uma importante dimensão clínica da heterogeneidade do quadro (Instanes, 2020).

Cabe esclarecer que termos como “problemas internalizantes” e “problemas externalizantes” são utilizados para caracterizar um amplo grupo de problemas emocionais, comportamentais e sociais desde 1966 (Achenbach et al., 2016). Em relação aos problemas internalizantes, estes englobam sintomas de ansiedade e afetam 16% das crianças e adolescentes com TDAH, tornando essa condição clínica mais complexa (Melegari et al., 2018). Acrescenta-se a isso a depressão, que ocorre cinco vezes mais em pessoas com TDAH do que em pessoas sem o transtorno (Daviss, 2018). No entanto, apesar de a relação entre sintomas de TDAH e problemas internalizantes ser descrita na literatura, há escassez de estudos que tratem especificamente da relação entre o transtorno e queixas relacionadas ao retraimento e somatização – constructos também avaliados no CBCL/6-18. Ainda que estudos que abordem

diretamente essa relação sejam escassos, está bem estabelecido que a população infantil com TDAH é significativamente mais propensa a apresentar outros problemas psiquiátricos (Akmatov et al., 2021; Bauermeister et al., 2007; Jensen & Steinhausen, 2015), o que resulta em pior funcionalidade. Além disso, aquelas com TDAH e ansiedade/depressão tem dez vezes mais risco para prejuízo no desempenho escolar em comparação às com TDAH, porém, sem os mesmos sintomas (Cuffe et al., 2020). Isto deixa clara a urgência de avaliar os aspectos emocionais na população infantil com queixas referentes à desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade.

Quanto aos problemas de comportamento externalizantes, o TDAH está relacionado ao desenvolvimento de agressão proativa e reativa, sendo mais notável a última forma (Murray et al., 2020). Nessa direção, uma investigação com pré-adolescentes com TDAH de apresentação combinada, verificou que a agressão reativa é preeminente e muito significativa, sendo presságio da evolução negativa do quadro persistente (Saylor & Amann, 2016). Outros estudos têm mostrado que os sintomas relacionados ao transtorno estão associados a uma variedade de déficits e envolvimento da agressão, tanto em amostras clínicas como não clínicas (Connor et al., 2010; Tseng et al., 2012). Tais fatores resultam em prejuízos no comportamento adaptativo, aglomeração de comorbidades, déficits funcionais graves e comportamento antissocial na vida adulta. No que se refere aos comportamentos que desafiam normas e padrões, sabe-se que o TDAH e os transtornos disruptivos representam um fenótipo mais grave com relação à carga de risco genético, podendo ser explicada, em certa medida, por variantes associadas ao comportamento agressivo (Demontis et al., 2019). Os dois quadros frequentemente coocorrem (Franke et al., 2018), sendo que as taxas mostram que 27% das crianças com TDAH também apresentam transtorno de conduta (Larson et al., 2011). Isto reforça cada vez mais a necessidade de avaliação detalhada do comportamento disruptivo nessa população.

A análise dos estudos sobre o TDAH, que evidenciam a heterogeneidade na apresentação dos sintomas e as comorbidades a ele associadas, sugere que uma avaliação minuciosa, realizada por meio de escalas que se fundamentam no DSM, em conjunto com instrumentos precisos baseados no relato dos pais acerca dos aspectos emocionais, sociais e comportamentais dos seus filhos, é relevante para a avaliação clínica do transtorno. Além de favorecer a precisão na compreensão do caso, tal avaliação deve contribuir para um acompanhamento que considere as especificidades de cada criança.

Considerando essa análise, o presente estudo teve como objetivo correlacionar os sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade e os problemas emocionais/comportamentais relatados pelos pais de crianças com idades entre oito e 11 anos, e que foram encaminhadas para avaliação neuropsicológica por apresentarem suspeita de TDAH.

Método

Tratou-se de um estudo correlacional que fez parte de outro mais amplo, intitulado “Contribuição da avaliação neuropsicológica na identificação do perfil cognitivo de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (Processo CEP/UPM n° 1.834.443).

Participantes

Os participantes foram selecionados por contato telefônico, após seus filhos receberem encaminhamento realizado por profissionais da saúde (psicologia, fonoaudiologia, medicina) para avaliação neuropsicológica. Ao todo, 29 responsáveis por crianças com idades entre oito e 11 anos direcionadas para o processo com suspeita de TDAH, sem diagnóstico prévio, passaram por triagem telefônica para inscrição no estudo.

Como critérios de inclusão, considerou-se a faixa etária das crianças e a presença de queixas de desatenção e hiperatividade-impulsividade. O critério de exclusão foi o diagnóstico prévio de TDAH, visto que o objetivo do estudo principal era traçar o perfil comportamental e cognitivo de crianças que estavam no processo de avaliação para obtenção do diagnóstico, ou de outros transtornos do neurodesenvolvimento e síndromes genéticas. Ao final, 24 pais de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade participaram do estudo, sendo 16 pais de meninos (66.7%) e 8 de meninas (33.3%). Das 24 crianças, a maioria era estudante de escolas privadas ($n = 18, 75\%$).

Instrumentos

SNAP-IV

É um instrumento desenvolvido para avaliação de sintomas do TDAH em crianças e adolescentes, baseado em sintomas listados no DSM-4 (APA, 2014). Na escala constam ainda sinais de transtorno desafiador e de oposição (TOD), sendo composta por 26 itens com os seguintes qualificadores: a) nem um pouco; b) só um pouco; c) bastante; e d) demais (Mattos et al., 2006). Se pelo menos seis itens do um ao nove forem marcados como “bastante” ou “demais”, há mais sintomas de desatenção do que o esperado. O mesmo ocorre em relação à hiperatividade-impulsividade, ou seja, se ao menos seis itens do dez ao 18 forem assinalados como “bastante” ou “demais”, estão presentes mais sintomas do que esperados (APA, 2014). Neste estudo, cada resposta “bastante” ou “demais” representou um ponto. Desta forma, a pontuação máxima possível era de nove para sintomas de desatenção e nove pontos para sintomas de hiperatividade-impulsividade. Apesar de a escala SNAP-IV ser baseada no DSM-4, o critério A não sofreu alteração da versão quatro para a cinco. Por este motivo, a escala continua sendo utilizada para avaliação de TDAH tanto em pesquisas, quanto no contexto clínico. O instrumento apresenta coeficientes de consistência interna muito altos (todos acima

de 0,91), com escores de desatenção altamente preditivos para o diagnóstico de TDAH (área sob a curva: 0,877) e para o método de presença ou ausência do sintoma (0,874) (Costa et al., 2019).

Para o presente estudo, o SNAP-IV foi corrigido considerando a presença de seis sintomas descritos como critérios diagnósticos do DSM-5 para desatenção, e outros seis para hiperatividade-impulsividade. Ou seja, cada resposta marcada como “bastante” ou “demais”, indicando a presença do sintoma em um grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas, somou um ponto. Duas medidas foram realizadas, a média das pontuações de todos os participantes e a análise das pontuações individuais. Por meio delas, verificamos quantos participantes obtiveram mais que seis respostas “bastante” ou “demais” para desatenção, e o mesmo para hiperatividade-impulsividade.

Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos - CBCL 6/18

Desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2001) com o objetivo de avaliar problemas emocionais/comportamentais de crianças e adolescentes a partir do relato dos pais ou responsáveis. É composto por 118 afirmações respondidas em uma escala *likert* de três pontos: 0 = “não é verdadeiro (tanto quanto sabe)”; 1 = “um pouco verdadeiro ou às vezes”; e 2 = “muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro”. Já a avaliação dos itens fornece um perfil composto por oito escalas-síndromes: 1. Ansiedade/Depressão; 2. Retraimento/Depressão; 3. Queixas Somáticas; 4. Problemas de Sociabilidade; 5. Problemas com o Pensamento; 6. Problemas de Atenção; 7. Violação de Regras; e 8. Comportamento Agressivo. As três primeiras escalas compõem a Escala de Internalização (EI), ao passo que as duas últimas formam a Escala de Externalização (EE). Todos os itens de problemas de comportamento do instrumento compõem a Escala Total (ET), que permite uma visão geral sobre os

comportamentos da criança/adolescente a partir da percepção do responsável (Achenbach & Rescorla, 2001).

Os itens do CBCL também são analisados em um agrupamento de escalas orientadas pelo DSM-5, que sugerem diagnósticos para alguns transtornos descritos no manual. Essas escalas são: i. Problemas Afetivos; ii. Problemas de Ansiedade; iii. Problemas Somáticos; iv. Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade; v. Problemas de Oposição e Desafio; e vi. Problemas de Conduta (Achenbach & Rescorla, 2001). No presente estudo, o CBCL foi corrigido usando o software ADM, desenvolvido para essa finalidade. Foram usados para as análises os pontos brutos obtidos nas escalas síndromes e nas escalas orientadas pelo DSM-5. Tal pontuação foi calculada a partir da soma de cada um dos itens que compõem as escalas.

Já foram realizados alguns estudos para verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira do CBCL. Bordin et al. (1995) demonstraram a alta sensibilidade em comparação com os diagnósticos psiquiátricos - identificação correta de 75% dos casos leves, 95% dos casos moderados e 100% dos casos graves. A validade convergente com a entrevista psiquiátrica K-SADS-PL foi confirmada no estudo de Brasil & Bordin (2010), que encontraram 89,7% de sensibilidade e 20% de especificidade. Por fim, a aceitação do modelo fatorial da versão original do instrumento foi evidenciada no estudo de Rocha et al. (2013), com o RMSEA = 0,023 e índices aceitáveis de consistência interna (p.ex. 0,95 para a Escala Total de Problemas de Comportamento). Os mesmos autores indicaram, ainda, boa capacidade discriminativa com as crianças encaminhadas para serviços de saúde mental, tendo de duas a oito vezes mais chances de atingir escores na faixa clínica do instrumento (Rocha et al., 2013).

Procedimentos para Coleta dos Dados

Após aprovação do CEP, foram enviadas cartas apresentando o projeto para médicos especialistas em psiquiatria infantil e neuropediatria atuantes na cidade na qual o estudo foi realizado, bem como para duas clínicas multidisciplinares e um CAPS infantil da mesma cidade. Nesta carta, os profissionais foram convidados a encaminhar famílias com filhos com suspeita de TDAH para participarem de uma avaliação dos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. O primeiro contato com os responsáveis legais foi agendado após a checagem dos critérios de inclusão/exclusão via e-mail/telefone. Eles participaram de uma entrevista para coleta de dados, assim como para a realização da leitura e assinatura do TCLE, preenchimento da escala SNAP-IV e do CBCL/6-18.

Procedimentos para Análise dos Dados

Análises estatísticas descritivas foram realizadas para caracterização da amostra nos aspectos sociodemográficos e nas pontuações das escalas utilizadas. Em seguida, o teste de correlação de Pearson foi utilizado para analisar a relação entre as pontuações no CBCL e na SNAP-IV. Para esse teste, os valores variam de -1 a 1, sendo 0 o valor indicativo de não associação entre as variáveis. Adotamos os seguintes critérios para interpretação dos resultados: $r \geq 0,70$ (em módulo) = correlação forte; r entre 0,30 e 0,70 (em módulo) = correlação moderada; e r entre zero e 0,30 (em módulo) = correlação fraca (Hair et al., 2009). Todas as análises foram realizadas utilizando o software SPSS 22.0, com $p \leq 0,05$ como nível de significância.

Resultados

Inicialmente foram analisadas as pontuações obtidas pelas crianças na escala SNAP-IV. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Já na Tabela 2 são apresentados os resultados obtidos no teste de correlação entre a pontuação total na escala SNAP-IV e nas escalas do CBCL/6-18. No geral, foram encontradas correlações positivas moderadas entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e os problemas emocionais/comportamentais. Notou-se que a correlação com a escala total do CBCL/6-18 também foi positiva e moderada, indicando que crianças cujos pais relataram mais sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade também apresentaram maior pontuação total no CBCL/6-18 ($r = 0,655$). Além disso, merece destaque a correlação positiva forte encontrada entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e a escala Problemas Afetivos ($r = 0,716$). Por fim, não foram encontradas correlações significativas com as escalas Comportamento Agressivo e Problemas Externalizantes.

Tabela 1

Análise da Pontuação de Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade pela SNAP-IV a Partir da Resposta dos Pais.

SNAP	Pontuação M (DP)	N (%) de casos de TDAH identificados
Hiperatividade/Impulsividade	4.96 (2.18)	1 (4.2%)
Desatenção	3.13 (2.91)	3 (12.5%)
Combinado	-	4 (16.7%)
Total	9.26 (5.99)	8 (33.3%)

Tabela 2*Correlação Entre as Pontuações Obtidas no CBCL/6-18 e na SNAP-IV.*

CBCL/6-18	SNAP-IV TOTAL
Ansiedade/Depressão	r = 0,569*
Retraimento/Depressão	r = 0,563*
Queixas Somáticas	r = 0,430*
Problemas de Sociabilidade	r = 0,489*
Problemas com o Pensamento	r = 0,500*
Problemas de Atenção	r = 0,524*
Violação de Regras	r = 0,473*
Comportamento Agressivo	r = 0,356
Problemas de Internalização	r = 0,652*
Problemas Externalização	r = ,0392
Total de Problemas	r = 0,655*
Problemas Afetivos	r = 0,716*
Problemas de Ansiedade	r = 0,575*
Problemas Somáticos	r = 0,398
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	r = 0,477*
Problemas de Oposição e Desafio	r = 0,286
Problemas de Conduta	r = 0,378

* Nota. $p < 0,05$.

Discussão

O presente estudo teve o objetivo de analisar a correlação entre problemas emocionais/comportamentais e sintomas de TDAH em uma amostra de crianças com idades entre oito e 11 anos, por meio do relato dos pais. Correlações desse tipo têm sido investigadas e descritas na literatura (Daviss, 2018; Instanes, 2020; Jensen & Steinhausen, 2015), as quais são extremamente relevantes, pois podem identificar não apenas características importantes de crianças com sintomas de TDAH, como de outras condições que coocorrem com o transtorno e que devem ser consideradas para a elaboração do plano individual de tratamento.

Apesar de todas as crianças terem sido encaminhadas com suspeita de TDAH, as respostas dos pais no SNAP-IV não foram suficientes para caracterizar a presença do transtorno na maioria delas. Uma vez que o TDAH é um diagnóstico essencialmente clínico, ressalta-se a necessidade de investigar as manifestações comportamentais em distintos ambientes, o que não fez parte do escopo deste estudo. De acordo com Rocha et al. (2017), a avaliação realizada com múltiplos informantes contribui para a compreensão do funcionamento comportamental da criança em diferentes cenários, o que é imprescindível para o planejamento de intervenções apropriadas. Além disso, o próprio DSM-5 (APA, 2014) indica a necessidade de as dificuldades de atenção, hiperatividade e impulsividades serem observadas em mais de um contexto para que o diagnóstico de TDAH seja confirmado, visto que as manifestações comportamentais do transtorno podem variar de um ambiente para o outro (Drechsler et al., 2020). Dessa forma, é importante considerar que, no presente estudo, foi investigada a associação em os sintomas de TDAH e outros problemas emocionais/comportamentais, não sendo exigido, necessariamente, o diagnóstico de TDAH para os participantes.

Ainda com relação aos sintomas de TDAH, é interessante notar que a pontuação na SNAP-IV apresentou correlação significativa positiva moderada com as pontuações das escalas do CBCL, que avaliam os problemas de atenção – Problemas de Atenção $r = 0,524$ e Problemas de Atenção e Hiperatividade $r = 0,477$. Em um estudo de validação da SNAP-IV na China, Gau et al. (2008), encontraram valores de correlação com a escala Problemas de Atenção do CBCL que variavam entre 0,63 e 0,70. Pode-se levantar a hipótese de que o fato de os dois questionários não apresentarem a mesma estrutura/itens contribui para que correlações moderadas sejam encontradas, ainda que ambos sejam direcionados para a avaliação do mesmo constructo. O CBCL é um instrumento de triagem de amplo espectro, não específico para a investigação da atenção. Ainda assim, pontuações elevadas nas escalas de

atenção do CBCL têm bom poder preditivo de diagnóstico clínico (Lampert et al., 2004; Loutfi et al., 2011), o que sugere ser, este, um questionário útil para seleção dos casos que precisam de uma avaliação mais aprofundada para esclarecimento. No entanto, este não foi o objetivo do uso deste instrumento no presente estudo, que trabalhou na busca da correlação entre os sintomas de desatenção e hiperatividade com os sintomas de outras dificuldades comportamentais relatados pelos pais de crianças com suspeita de TDAH.

Quanto aos problemas internalizantes, as correlações encontradas foram moderadas, indicando maior presença dessas dificuldades (Ansiedade/Depressão; Retraimento/Depressão; Queixas Somáticas) entre os participantes com mais sintomas de desatenção e hiperatividade. Tais resultados devem ser interpretados levando em consideração que a presente amostra foi composta por crianças direcionadas para avaliação neuropsicológica por apresentarem sintomas relacionados com o TDAH e, dessa forma, com maior probabilidade de apresentarem outras dificuldades emocionais/comportamentais em comparação com uma amostra da mesma faixa etária não dirigidas para serviços de saúde mental. Os presentes resultados corroboram os estudos que evidenciaram comorbidades entre dificuldades internalizantes e o TDAH. Segundo Yoshimasu et al. (2012), esse transtorno do neurodesenvolvimento expõe as crianças a um risco três vezes maior de desenvolverem transtornos de ansiedade e quatro vezes maior de transtornos depressivos.

Nesta mesma direção, um estudo epidemiológico com uma amostra representativa de 91.000 famílias com crianças e adolescentes entre seis e 17 anos mostrou que 18% do grupo diagnosticado com TDAH apresentava diagnóstico comórbido de ansiedade, enquanto no grupo sem sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade, apenas 2% apresentava sintomas que correspondiam a um transtorno de ansiedade. Em relação aos sintomas de depressão, foram verificados em 14% dos participantes com TDAH, enquanto no grupo sem

TDAH apenas 1% (Larson et al., 2011). Embora existam diferenças nas suas taxas, verificou-se que os problemas internalizantes são muito frequentes entre aqueles que apresentam o TDAH, devendo ser investigados em cada avaliação quando houver suspeita do transtorno, como foi realizado com os participantes do presente estudo. Com base em tais resultados, deve-se considerar, inclusive, que há evidências apoiando uma etiologia comum entre eles (Chen et al., 2016).

Os resultados encontrados no presente trabalho também vão ao encontro do que foi apresentado em uma pesquisa que coletou estatísticas de diversas meta-análises a respeito do risco genético comum em 25 transtornos psiquiátricos e neurológicos (Anttila et al., 2018). Nele, foram identificadas variantes genéticas comuns entre o TDAH e transtorno bipolar, transtorno depressivo maior e esquizofrenia. Ou seja, estes transtornos neuropsiquiátricos exibem sintomas compartilhados e alto grau de correlação genética, sugerindo uma natureza interconectada entre eles (Anttila et al., 2018). O mesmo estudo apresentou uma relação genética entre TDAH e enxaqueca, o que também verificamos com a correlação positiva entre os sintomas de desatenção e hiperatividade e queixas somáticas, que, no CBCL/6-18, inclui: dores de cabeça, dores de estômago, náuseas, problemas de pele e problemas com os olhos.

Por outro lado, no presente estudo, não foram encontradas correlações entre sintomas de TDAH com comportamento agressivo, diferentemente do que foi evidenciado em outras pesquisas (Murray et al., 2020; Saylor & Amann, 2016). Todavia, nas demais pesquisas citadas, os autores enfatizaram a agressão impulsiva/reativa, o que pode explicar essa divergência – uma vez que no CBCL/6-18 não há separação quanto ao tipo de agressividade apresentada. As perguntas referem-se à crueldade, intimidação, brigas, ataques físicos, entre outros, sem especificação de contexto. Ainda assim, deve-se considerar a presença desses comportamentos nos casos de suspeita de TDAH, já que são preditivos de prejuízos no comportamento

adaptativo e de comportamento antissocial (Saylor & Amann, 2016).

Especificamente no que se refere ao comportamento antissocial, é importante incluir sua avaliação nos casos de suspeita de TDAH, visto que resulta em consequências para o indivíduo e também para a sociedade (Brazil et al., 2016). No presente estudo, não foi encontrada correlação significativa entre os sintomas de TDAH e as escalas Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta. Como a presença de TOD e do transtorno de conduta é preditora de sintomatologia clínica mais grave nos casos de TDAH, com maior impacto funcional negativo e pior evolução do transtorno (Franke et al., 2018), pode-se considerar a hipótese de que a correlação não foi encontrada porque os casos avaliados não eram graves. Essa hipótese é fortalecida pelo fato de as crianças avaliadas apresentarem suspeita de TDAH sem diagnóstico confirmado, inclusive pelo instrumento utilizado para avaliação (SNAP-IV). Sendo assim, sugere-se que tal relação seja estudada futuramente em amostras com casos mais sintomáticos de TDAH.

Os resultados deixam evidente a importância de avaliar a presença de problemas emocionais e comportamentais em crianças com sintomas de TDAH. Isto possibilita a realização de um plano efetivo de tratamento, considerando a individualidade de cada criança e aumentando a chance de sucesso da intervenção (Hendren et al., 2018). Ademais, a identificação de problemas de saúde mental é crucial para a compreensão dos mecanismos subjacentes ao TDAH e para a estruturação das intervenções apropriadas, baseadas em evidências. O CBCL/6-18 é uma alternativa viável para essa investigação, uma vez que é um questionário fácil de aplicar, amplamente conhecido e altamente eficiente (Bordin et al., 2013). Além disso, o uso de instrumentos de avaliação que permitirem melhor compreensão do indivíduo deve ser sempre considerado, uma vez que esses recursos introduzem racionalidade e coerência ao processo de obtenção de informações dos casos, possibilitando o

estabelecimento de estratégias a partir dos seus dados (Simões, 2005).

Todavia, apesar da relevância ao investigar a presença de problemas emocionais e comportamentais em crianças com queixas de desatenção e hiperatividade, este estudo teve algumas limitações, como, por exemplo, o número reduzido de participantes, o fato de ser uma amostra pouco representativa da população brasileira, além de ter usado apenas os pais como informantes. Como, geralmente, o impacto das manifestações comportamentais de crianças com TDAH sobre o ambiente difere (Drechsler et al., 2020), em pesquisas futuras, convém que a amostra seja ampliada e que a investigação de outras pessoas que convivem com a criança em diferentes contextos seja realizada para uma avaliação global, fornecendo informações necessárias para a definição de estratégias voltadas para as queixas relativas ao transtorno e outros associados. Também sugere-se que pesquisas sejam feitas com amostras que representem adequadamente a realidade brasileira, uma vez que Larson et al. (2011) verificaram que crianças de baixo nível socioeconômico têm maiores riscos de apresentarem comorbidades.

Incluir outras faixas etárias também é extremamente relevante. Devido a conhecida persistência dos sintomas nos casos de transtornos do neurodesenvolvimento, é importante avaliar adolescentes e adultos, enquanto no caso de crianças menores (pré-escolares), a relevância de dá, também, por ser um momento oportuno de oferecer intervenções capazes de auxiliar o cérebro em desenvolvimento (Kolb et al., 2017). Além disso, sugere-se a realização de estudos com crianças que tenham o diagnóstico de TDAH confirmado usando os critérios do DSM-5, de maneira que os sintomas sejam mais evidentes e frequentes, o que deve fortalecer as correlações com as outras dificuldades emocionais/comportamentais.

Conclusão

Os resultados encontrados corroboram os dados da literatura, segundo os quais crianças que apresentam sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade também apresentam diversos sintomas de problemas internalizantes, entre eles: ansiedade e depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas. Isto reforça a importância de ser realizada uma avaliação minuciosa no que se refere aos problemas emocionais/comportamentais quando houver suspeita de TDAH. Nossos resultados sugerem que as manifestações clínicas do TDAH, para além das mencionadas nos critérios para o seu diagnóstico conforme o DSM-5, também podem incluir problemas emocionais, tornando necessária a sua avaliação. Por fim, informações amplas sobre os aspectos emocionais e comportamentais da criança podem ajudar os profissionais da área no desenho de estratégias de intervenção que sejam eficazes para este grupo clínico, considerando a individualidade de cada criança, de forma a aumentar a chance de sucesso no tratamento.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont Research Centre for Children, Youth and Families. ASEBA.
- Achenbach, T. M. (2019). International findings with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Applications to clinical services, research, and training. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0291-2>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 55, 647–656. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2016.05.012>
- Akmatov, M. K., Ermakova, T., & Bätzing, J. (2021). Psychiatric and nonpsychiatric comorbidities among children with adhd: An exploratory analysis of nationwide claims data in Germany. *Journal of Attention Disorders*, 25(6), 874–884. <https://doi.org/10.1177/1087054719865779>
- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: An update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16, 145–156. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626>
- Alexander, L., & Liljequist, L. (2016). Determining the accuracy of self-report versus informant-report using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *Journal of Attention Disorders*, 20, 346–352. <https://doi.org/10.1177/1087054713478652>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5ª ed). Artmed.

- Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., Escott-Price, V., Falcone, G. J., Gormley, P., Malik, R., Patsopoulos, N. A., Ripke, S., Wei, Z., Yu, D., Lee, P. H., Turley, P., Grenier-Boley, B., Chouraki, V., Kamatani, Y., ... Murray, R. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science(New York)*, 360(6395), eaap8757. <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., García, P., Ribera, J. C., & Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 883–898. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9141-4>
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL): Dados preliminares. *Revista da ABP-APAL*, 17, 55–66. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=178087&indexSearch=ID>
- Bordin, I. A. S., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescola, L. A., Silvaes, E. F. M., Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescola, L. A., & Silvaes, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self- Report (YSR) and Teacher’s Report Form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 13–28. <https://www.scielo.br/j/csp/a/mRj4hMKNXB7c9ygsWFFYRCN/?format=pdf&lang=en>

-
- Brasil, H. H. A., & Bordin, I. A. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*, *10*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-83>
- Brazil, I. A., van Dongen, J. D. M., Maes, J. H. R., Mars, R. B., & Baskin-Sommers, A. R. (2016). Classification and treatment of antisocial individuals: From behavior to biocognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *91*, 259–277. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.10.010>
- Chen, T. J., Ji, C. Y., Wang, S. S., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Chang, Z. (2016). Genetic and environmental influences on the relationship between ADHD symptoms and internalizing problems: A Chinese twin study. *American Journal of Medical Genetics, (Part B: Neuropsychiatric Genetics)*, *171*, 931–937. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32411>
- Connor, D. F., Chartier, K. G., Preen, E. C., & Kaplan, R. F. (2010). Impulsive aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: Symptom severity, co-morbidity, and attention-deficit/hyperactivity disorder subtype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *20*, 119–126. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0076>
- Costa, D. S., Paula, J. J., Malloy-Diniz, L. F., Romano-Silva, M. A., & Miranda, D. M. (2019). Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. *Jornal de Pediatria*, *95*, 736–743. <https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2018.11.003>
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2020). ADHD and psychiatric comorbidity: Functional outcomes in a school-based sample of children. *Journal of Attention Disorders*, *24*, 1345–1354. <https://doi.org/10.1177/1087054715613437>

- Daviss, W. B. (2018). Depressive disorders and ADHD. In W. B. Daviss (Ed.), *Moodiness in ADHD* (pp. 91–109). Springer.
- Demontis, D., Walters, R., Rajagopal, V. M., Waldman, I. D., Grove, J., Als, T. D., Dalsgaard, S., Ribases, M., Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Werge, T., Nordentoft, M., Mors, O., Mortensen, P. B., Cormand, B., Hougaard, D. M., Neale, B. M., Franke, B., Faraone, S. V., & Børglum, A. D. (2019). Identification of risk variants and characterization of the polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of ADHD. *BioRxiv*, 1–34. <https://doi.org/10.1101/791160>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, *51*, 315–335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Duarte, C. S., & Bordin, I. A. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*, 55–58. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600015>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., Cormand, B., Faraone, S. V., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K. P., Ramos-Quiroga, J. A., Réthelyi, J. M., Ribases, M., & Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, *28*, 1059–1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Gau, S. S.-F., Shang, C.-Y., Liu, S.-K., Lin, C.-H., Swanson, J. M., Liu, Y.-C., & Tu, C.-L. (2008). Psychometric properties of the Chinese version of the Swanson, Nolan, and Pelham, version IV scale – parent form. *International Journal Methods Psychiatric Research*, *17*, 35–44. <https://doi.org/10.1002/mpr.237>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise*

multivariada de dados. Bookman editora.

Hendren, R. L., Haft, S. L., Black, J. M., White, N. C., & Hoelt, F. (2018). Recognizing psychiatric comorbidity with reading disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 101. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00101>

Instanes, J. T. (2020). *Personality traits, risk factors and comorbidities in attention-deficit/hyperactivity disorder*. [Tese de Doutorado, The University of Bergen, Norway]. Bergen, Norway.

Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders – ADHD*, 7, 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>

Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(12), 1218–1223. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13546>

Lampert, T. L., Polanczyk, G., Tramontina, S., Mardini, V., & Rohde, L. A. (2004). Diagnostic performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a screening measure in a sample of Brazilian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(2), 63–71. <https://doi.org/10.1177/108705470400800204>

Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127, 462–470. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0165>

Loutfi, K. S., Carvalho, A. M., Lamounier, J. A., & Nascimento, J. A. (2011). ADHD and epilepsy: Contributions from the use of behavioral rating scales to investigate psychiatric comorbidities. *Epilepsy & Behavior*, 20(3), 484–489.

<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.12.043>

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28, 290–297.

<https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300008>

Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 270, 780–785.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>

Murray, A., Obsuth, I., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2020). Developmental relations between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and reactive versus proactive aggression across childhood and adolescence. *Journal of Attention Disorders*, 24, 1701–1710. <https://doi.org/10.1177%2F1087054716666323>

Rocha, M., Rescorla, L., Emerich, D., Silvaes, E., Borsa, J., Araújo, L., Bertolla, M., Oliveira, M., Perez, N., Freitas, P., & Assis, S. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: Findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(4), 329–338.

<http://dx.doi.org/10.1017/S2045796012000637>

Rocha, M. M., Ribeiro, A. D. F., Marino, R. L. D. F., Cantiere, C. N., Teixeira, M. C. T. V., Schwartzman, J. S., & Carreiro, L. R. R. (2017). Contribuição de múltiplos informantes para avaliação comportamental de adolescentes com queixas de desatenção e hiperatividade. *Psico*, 48, 295–305. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.4.25859>

Saylor, K. E., & Amann, B. H. (2016). Impulsive aggression as a comorbidity of attention-

-
- deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26, 19–25. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0126>
- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 237–264. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5261/1/2005_PEC_2.pdf#page=11
- Tseng, W.-L., Kawabata, Y., Gau, S. S.-F., Banny, A. M., Lingras, K. A., & Crick, N. R. (2012). Relations of inattention and hyperactivity/impulsivity to preadolescent peer functioning: The mediating roles of aggressive and prosocial behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41, 275–287. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.656556>
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 1036–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x>