

**APOSTILA 2**

**TDAH**



**POR CAMILA COSTA**



---

# SUMÁRIO

Modelos Dimensionais para Avaliação Comportamental.....	02
Procedimentos de Avaliação Comportamental e TDAH .....	05
Escala de Swanson, Nolan e Pelham (SNAP-IV) para ..... Déficit de Atenção	07
Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL) .....	11
Escala de Autoavaliação do TDAH (CriAd) .....	17
Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno..... de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar - (ETDAH-Pais)	19
Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e ..... Hiperatividade (ETDAH-AD)	21
Caso Clínico .....	23
Referências Bibliográficas .....	27

---

## Modelos Dimensionais para Avaliação Comportamental

As metodologias de avaliação comportamental baseadas em múltiplos informantes fundamentam os chamados modelos dimensionais de avaliação de Problemas Emocionais e Comportamentais - PEC (Emotional and Behavioral Problems - EBP), principalmente na infância e na adolescência. Achenbach e Edelbrock (1978) são pesquisadores de referência que se encontram na origem dos esforços científicos para essa definição de PEC que podem ser preditores de problemas de saúde mental (PSM) durante a infância, desenvolvendo um modelo dimensional de classificação de comportamentos em categorias amplas:

1. PEC internalizantes (internalizing), que abrangem sinais e sintomas que afetam predominantemente a própria pessoa, como ansiedade, retraimento, queixas somáticas de fundo emocional e depressão, entre outros;

2. PEC externalizantes (externalizing), que abrangem, predominantemente, comportamentos que afetam outras pessoas e/ou o ambiente, como heteroagressão, violação de regras e abuso de substâncias, entre outros.

Esse modelo dimensional possibilitou uniformizar critérios que, durante os anos 1960 e 1970, eram difusos quanto à classificação de problemas ou dificuldades emocionais e de comportamento na infância e na adolescência (Achenbach & Edelbrock, 1978). Uma das mais notáveis contribuições dessa classificação foi o agrupamento de sintomas e/ou comportamentos nessas dimensões, contemplando a intensidade dos problemas identificados e sua variação em cada indivíduo (Gauy, Blanco-Vieira, & Rocha, 2018). O modelo dimensional mais amplamente testado quanto às suas evidências científicas em diferentes culturas e de maior utilização atualmente é o Modelo de Avaliação Empiricamente Baseada de Achenbach (Achenbach System of Empirically Based Assessment - ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2001, 2007; Rutter, 2011). Contudo, cabe destacar que existem outros modelos de base dimensional, como Behavior Assessment System for Children (BASC), Clinical Assessment of Behavior (CAB e Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA) (Gauy et al., 2018).

Avaliações que adotam os modelos dimensionais para a identificação e com preensão de PEC na infância e na adolescência geralmente utilizam questionários/inventários/*checklists* com múltiplos informantes para obter informações baseadas na experiência com a criança por extensos períodos e em diversas situações. Isso permite a observação de comportamentos raros a partir da comparação com seus pares,

---

facilita o julgamento sobre a necessidade de atendimento, possibilita a comparação e a percepção de diversos informantes (que são importantes, independentemente da precisão ou confiabilidade das respostas) e, ainda, possibilita quantificar aspectos qualitativos do comportamento da criança que não podem ser imediatamente acessados por outros meios (Rutter, 2011).

Crianças e adolescentes com TDAH apresentam diferentes problemas de comportamento que dificultam o acesso a novas fontes de reforço, importantes para o aprendizado e seu desenvolvimento. No Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), as principais topografias comportamentais descritas como correlatas dos prejuízos atencionais e de funções executivas são a desorganização em tarefas escolares, o baixo engajamento em tarefas ou atividades que exijam esforço mental prolongado, a emissão frequente de respostas confusas em função das habilidades atencionais prejudicadas, dificuldades para se envolver em atividades de forma independente, a distratibilidade durante a execução de tarefas - em especial em ambientes com variabilidade de estímulos, o que prejudica o desempenho nelas -, o esquecimento de atividades da vida diária e a perda de itens necessários para tarefas ou atividades (APA, 2014).

As topografias comportamentais descritas como correlatas a sintomas de hiperatividade e impulsividade são comportamentos de remexer, batucar as mãos ou os pés, contorcer-se na cadeira e/ou levantar-se dela em situações em que se espera que todos permaneçam sentados. Na infância, frequentemente as crianças com TDAH correm ou sobem em objetos e móveis em situações em que isso é inapropriado, enquanto os adolescentes podem mostrar sensações de inquietude que podem ser avaliadas como comportamentos de ansiedade. Frequentemente são incapazes de calmamente brincar ou se envolver em atividades de lazer, apresentando comportamentos de correr e manifestações de desconforto quando há necessidade de envolvimento em atividades que exijam ficar parado por muito tempo, como em sala de aula, restaurantes, teatros e cinemas. Além disso, comportamentos de falar demais são expressivamente prevalentes, bem como respostas impulsivas (por exemplo, deixar escapar uma resposta antes que perguntas tenham sido concluídas, terminar frases dos outros, não conseguir aguardar a vez de falar ou esperar a sua vez em uma fila), e, frequentemente, interrompem conversas, jogos ou outras atividades ou se intrometem neles (APA, 2014).

Os dois parágrafos anteriores ilustram conjuntos de padrões comportamentais típicos do transtorno e diretamente relacionados com a tríade de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Entretanto, outros PEC devem ser verificados em crianças e

---

adolescentes com TDAH, pois estudos mostram elevados comprometimentos nos domínios internalizantes e externalizantes concomitantemente com os sinais e sintomas do transtorno (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

Relatam-se índices elevados de problemas internalizantes como ansiedade, isolamento (Bilgic et al., 2017), retraimento, queixas somáticas, principalmente dor de cabeça, e problemas de sono. Por exemplo, em relação aos problemas de sono, o estudo de Lycett, Sciberras, Mensah e Hiscock (2015) verificou em 392 crianças com TDAH, entre 5 e 13 anos de idade, que aquelas crianças com comorbidades internalizantes e externalizantes apresentaram maior probabilidade de ter problemas de sono em nível moderado a grave se comparadas com as que não tinham a presença concomitante de PEC internalizantes e externalizantes. É importante que os profissionais da saúde identifiquem esses problemas, realizem as devidas intervenções e os monitorem, pois podem oportunizar um curso que evolua para o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno de ansiedade, o transtorno depressivo e transtorno disruptivo da desregulação do humor (APA, 2014; Reale et al., 2017; Reimhert, Marchant, Gift, & Steans, 2017).

Dentre os PEC externalizantes, comportamentos de raiva e irritabilidade excessiva (Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014), comportamentos impulsivos, dificuldades para seguir regras, comportamento agressivo (Mogavero, Jager, & Glennon, 2018) e comportamentos de oposição e desafio têm sido amplamente relatados e associados ao transtorno. Os PEC externalizantes também demandam intervenções cognitivo-comportamentais envolvendo a família, a escola, a criança e o adolescente, pois também podem evoluir para transtornos psiquiátricos de difícil manejo e impacto negativo no funcionamento adaptativo de pessoas com TDAH e seus familiares, como transtorno de conduta, transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (Civit-Ramirez, Canalias-Perez, & Ochoa, 2015; Quinn et al., 2017).

Cortese e Coghill (2018) publicaram estudo de metanálise com uma visão geral dos principais avanços, das últimas duas décadas (até 2018), na pesquisa do TDAH, discutindo áreas-chave para pesquisas futuras. Uma das conclusões importantes do estudo foi em relação aos fatores de risco e prognóstico genéticos e neurofisiológicos, que se expressam com ampla heterogeneidade nos PEC internalizantes e externalizantes e nas comorbidades psiquiátricas de pessoas com TDAH. Os autores destacam a imbricação de mecanismos genéticos e neurocognitivos com diferenças individuais que se expressam tanto nos sintomas como nas dificuldades emocionais e comportamentais (Cortese & Coghill, 2018). Soma-se a essa complexidade do quadro de TDAH a participação de fatores de risco e prognóstico

---

chamados, no DSM-5, de modificadores do curso. São eles os padrões de interação familiar que podem influenciar o curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de comportamento (APA, 2014).

Entende-se que os problemas de comportamento são o resultado da interação entre aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais ao longo da vida. Em termos prospectivos, tais aspectos comportamentais podem ser entendidos como fatores de risco e/ou proteção (Causadias & Cicchetti, 2018; Sanislow et al., 2010) que aumentam ou diminuem, respectivamente, a probabilidade da manifestação do problema. Entendem-se como fatores de risco ao desenvolvimento infantil todas as modalidades de violência doméstica, a saber: a violência física, a negligência e a violência psicológica, e a última inclui a exposição à violência conjugal e a violência sexual (Maia & Williams, 2005).

O processo de avaliação comportamental de crianças e adolescentes com TDAH deve envolver, também, a saúde mental dos pais ou responsáveis, bem como as estratégias parentais de educação. Pais de crianças com TDAH relatam com mais frequência conflitos familiares, desorganização, menor percepção do apoio familiar, bem como menor adesão dos filhos às regras e rotinas preestabelecidas, principalmente na adolescência (Wiener, Biondic, Grimbo, & Herbert, 2016; Modesto-Lowe, Chaplin, Godsay, & Soovajian, 2014). Os sintomas e PEC frequentemente associados ao transtorno podem sobrecarregar os pais e oportunizar o uso de estratégias educativas parentais inadequadas que agravam o curso do transtorno (Kaiser, McBurnett, & Pfiffner, 2011; Li, 2018; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013).

A maneira como os pais interagem com seus filhos pode ser um fator desencadeador ou mantenedor de diversos PEC externalizantes e internalizantes em crianças. Assim, a família, como espaço inicial de interação social das crianças, oportuniza o desenvolvimento de repertórios comportamentais diversos. Na avaliação comportamental, deve ser incluída a verificação de práticas parentais negativas, como negligência, uso de coerção e superproteção, e também as positivas, como estabelecimento adequado de regras e de comportamento moral (Churchill et al., 2018; Gutstein, Ingberman, & Gomide, 2016).

## **Procedimentos de Avaliação Comportamental e TDAH**

Nos últimos anos, evidências científicas têm mostrado que os melhores procedimentos de avaliação de padrões de comportamento de crianças e adolescentes são os questionários ou *checklists* padronizados, principalmente aqueles que são correlatos e

---

podem ser respondidos por diferentes informantes (Achenbach, Ivanova, & Rescorla, 2017). Na infância e na adolescência, os informantes mais importantes são os adultos que cuidam da criança no ambiente familiar (se os pais cuidarem separadamente da criança, recomenda-se utilizar o relato de ambos separadamente) e os professores. No caso de professores, destaca-se que devem conviver com a criança avaliada por, pelo menos, dois meses, e, considerando que as matérias de português e matemática ocorrem com maior frequência nas grades escolares dos alunos no Brasil, esses professores podem ser informantes de escolha em relação ao ambiente escolar.

Geralmente esses inventários são multidimensionais, possibilitando avaliar diversos aspectos do comportamento em um perfil global da criança, tanto nos aspectos positivos como negativos, e classificando os PEC em faixas clínicas ou dentro da normalidade, a partir da comparação com pares (Achenbach et al., 2017; Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco, & Barrio, 2015; Fleitlich, Cortázar, & Goodman, 2000). De acordo com Gauy et al. (2018), algumas das vantagens dessas avaliações multidimensionais, baseadas em múltiplos informantes, a partir de questionários, inventários ou checklists, são:

- Obtenção de informações baseadas na experiência com a criança por extensos períodos e em diversas situações, o que permite a observação de comportamentos tanto frequentes como raros.
- Baixo custo financeiro e tempo reduzido na coleta de informações.
- Possibilidade de avaliar cada criança em comparação com seus pares, usando os dados normativos. Os PEC identificados auxiliam no julgamento clínico sobre a necessidade de atendimento.
- Possibilidade de avaliar o impacto de intervenções sobre PEC e comparar a percepção de diversos informantes, independentemente da precisão ou confiabilidade das respostas.
- Possibilidade de quantificar aspectos qualitativos do comportamento da criança que não podem ser imediatamente acessados por outros meios.

Considerando que são instrumentos respondidos por um informante, seu uso também tem algumas desvantagens, que devem ser consideradas na avaliação. Por exemplo, de acordo com Gauy et al. (2018):

- Os instrumentos podem estar sujeitos a erros sistemáticos, como não medir a gravidade do caso, efeito halo, erros lógicos e erros de contrastes, decorrentes de comparação da criança com alguma outra criança específica.

- 
- O informante, independentemente da instrução do instrumento, pode realizar a avaliação com base apenas nos eventos recentes.
  - Os instrumentos limitam-se a obter a perspectiva do respondente, nas questões contidas no inventário.
  - Dificuldade em captar a experiência subjetiva do respondente, visto que os dados não são obtidos por observação direta. Além disso, dúvidas e mal-entendidos podem não ser clarificados.
- 

## **ESCALA DE SWANSON, NOLAN E PELHAM (SNAP-IV) PARA DÉFICIT DE ATENÇÃO**

O MTA-SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham – versão IV) 1 é um instrumento de avaliação dos sintomas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e do transtorno de oposição desafiante (TOD) que tem como objetivos definir a gravidade dos sintomas e monitorar a resposta ao tratamento. A escala não visa o diagnóstico dos transtornos. O MTA-SNAP-IV pode ser preenchido por pais ou professores a respeito do comportamento da criança ou adolescente. O instrumento avalia os sintomas de TDAH e TOD de acordo com os critérios da quarta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV) 2 e da Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 3 São 26 itens graduados de acordo com a gravidade em “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. Devido à baixa a moderada correlação entre os relatos de pais e professores, 4 aconselha-se que o instrumento seja aplicado a pelo menos duas fontes.

### **VERSÕES**

A primeira versão do SNAP (SNAP-III) foi publicada por Swanson e colaboradores, em 1980. Essa versão consiste em 16 itens adaptados dos critérios diagnósticos do TDAH de acordo com o DSM-III, 6 além de cinco itens relacionados à interação com os pares. Os itens estão separados em subescalas de sintomas, que incluem: desatenção (5 itens), impulsividade (6 itens), hiperatividade (5 itens) e interação com os pares (5 itens). Calcula-se a pontuação total para cada subescala e a pontuação média por item para cada subescala. Subsequentemente ao SNAP-III, foi elaborado o SNAP-III-R, correspondendo aos critérios diagnósticos da revisão do DSM-III (DSM-III-R).



---

Em seguida, com a nova revisão do DSM e a publicação do DSM-IV, 2 foi criado o SNAP-IV. Todas as versões apresentam a classificação de gravidade em 0 – “nem um pouco”, 1 – “só um pouco”, 2 – “bastante” e 3 – “demais”. O SNAP-IV foi introduzido em 1999, ao ser utilizado no Multimodality Treatment Study of ADHD (MTA), 7 e, desde então, tem sido muito utilizado em pesquisas clínicas para avaliação da gravidade dos sintomas e desfecho de tratamentos. O SNAP-IV é composto exclusivamente pelos 18 itens que correspondem aos sintomas do TDAH e pelos 8 itens que correspondem aos sintomas do TOD; 2 os demais itens presentes nas versões anteriores foram excluídos. Existe uma versão do instrumento que inclui apenas 18 itens, correspondendo aos sintomas de TDAH (desatenção e hiperatividade/impulsividade) do DSM-IV. Os itens são iguais aos 18 primeiros da escala de 26 itens, e a forma de pontuação e aplicação é a mesma. O instrumento já foi traduzido para diversos idiomas, entre eles espanhol, alemão, francês, italiano e português do Brasil. A versão do SNAP-IV para uso em nosso meio foi apresentada por Mattos e colaboradores, em 2006, 8 e é a atualmente utilizada no País.

Existe uma versão longa do SNAP-IV, não traduzida para o português. Ela é composta por 90 itens, agrupados em subescalas, que avaliam os seguintes problemas: desatenção, hiperatividade e impulsividade, combinação de desatenção e hiperatividade/impulsividade, desatenção e excesso de atividade, comportamento desafiador de oposição, desafio e agressão, índice geral de problemas na infância, prejuízo no ambiente escolar. Como nas outras versões do SNAP, os itens também são graduados de acordo com a gravidade.

## **DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO**

O SNAP-IV é composto por 26 itens, agrupados em três subescalas, de acordo com o domínio de sintomas avaliado. As subescalas correspondem aos domínios de desatenção (9 itens), hiperatividade/impulsividade (9 itens) e desafio/oposição (8 itens). Para cada item, são apresentadas quatro opções de gravidade, com pontuação de 0 a 3: 0 – “nem um pouco”, 1 – “só um pouco”, 2 – “bastante” e 3 – “demais”. A pontuação é feita pela somatória dos escores de cada subescala. Também é possível calcular a pontuação média de cada domínio, dividindo-se a somatória pelo número de itens em cada subescala. A partir da pontuação, os sintomas podem ser classificados em não clinicamente significativos, leves, moderados e graves. Também é possível fazer uma interpretação categórica das pontuações, ao se assumir um ponto de corte para definir “presença” ou “ausência” de sintomas.

**FORMULÁRIO 10.7.1 ► MTA-SNAP-IV – VERSÃO EM PORTUGUÊS PARA USO NO BRASIL<sup>8</sup>**

		NEM UM POUCO	SÓ UM POUCO	BASTANTE	DEMAIS
1	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2	Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4	Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7	Perde coisas necessárias para atividades (p. ex., brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8	Distrai-se com estímulos externos				
9	É esquecido em atividades do dia a dia				
10	Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11	Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12	Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13	Tem dificuldade de brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14	Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15	Fala em excesso				
16	Responde as perguntas e forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17	Tem dificuldade de esperar sua vez				
18	Interrompe os outros ou se intromete (p.ex., mete-se nas conversas/jogos)				
19	Descontrola-se				
20	Discute com adultos				
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos				
22	Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas				
23	Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento				
24	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros				
25	É zangado e ressentido				
26	É maldoso ou vingativo				
<b>Fonte:</b> Mattos e colaboradores. <sup>8</sup>					

---

## PÚBLICO-ALVO

O SNAP-IV foi criado para preenchimento por pais e professores a respeito do comportamento de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos.

## APLICAÇÃO

O SNAP-IV é elaborado para preenchimento por pais e professores separadamente, mas pode ser aplicado a outros indivíduos envolvidos no cuidado da criança ou adolescente, como babás e avós, por exemplo. Pais e professores podem preencher a escala sozinhos ou ter o auxílio do avaliador, em caso de dificuldade de compreensão, concentração ou leitura. O preenchimento da escala leva poucos minutos, podendo demorar mais se aplicada por um avaliador. Nenhum treinamento específico é exigido para a aplicação do SNAP-IV. No entanto, se for necessária a assistência de um avaliador, recomenda-se que este tenha experiência clínica nos sintomas de TDAH e TOD, já que pode ser preciso que use exemplos e paráfrases para garantir que o examinado compreenda os itens. É indicado que as respostas sejam conferidas pelo avaliador, para garantir o preenchimento de todos os itens, e que uma única resposta seja selecionada para cada um deles.

## INTERPRETAÇÃO DAS PONTUAÇÕES

O SNAP-IV possibilita a avaliação quantitativa e qualitativa dos sintomas de TDAH e TDO ao apresentar uma gradação de gravidade para cada sintoma. A avaliação dos escores deve ser separada entre os três domínios de sintomas (desatenção, hiperatividade/impulsividade, transtorno de oposição desafiante). O resultado é considerado positivo para domínio de desatenção e hiperatividade/impulsividade se a razão entre a soma dos resultados (de 0 a 3) e o número de itens em cada domínio for maior ou igual a 1,5 ou se houver seis ou mais respostas nas alternativas “bastante” ou “demais” em cada domínio. Para o TOD, o resultado é considerado positivo se a razão entre a soma dos escores obtidos e o número de itens (8) for igual ou maior que 1 ou se houver quatro ou mais itens assinalados como “bastante” ou “demais”. Os métodos de pontuação estão disponíveis on-line.

O ponto de corte foi, a princípio, baseado em um estudo com crianças norte-americanas de baixo nível socioeconômico, predominantemente de origem hispânica. A ausência de estudos de validação e que avaliem as propriedades psicométricas da escala na população brasileira limitam a interpretação clínica dos resultados, que deve ser realizada de forma cautelosa, preferencialmente por profissionais com experiência em saúde mental da infância e adolescência, bem como estar associada a avaliação psiquiátrica detalhada e exames complementares, quando indicados. De forma isolada, o SNAP-IV não deve ser

---

considerado como instrumento diagnóstico, sendo seu uso mais indicado no acompanhamento clínico de pacientes já diagnosticados.

---

## **INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA (CBCL), RELATÓRIO PARA PROFESSORES (TRF), INVENTÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA ADOLESCENTES (YSR)**

O Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA) é composto por inventários aplicáveis a indivíduos de diferentes faixas etárias e em diferentes contextos, como clínico ou escolar. Para o desenvolvimento dos instrumentos, Achenbach e Rescorla partiram do preceito de que a avaliação psicológica deve ser baseada em informações provindas de diversas fontes de observação (múltiplos informantes) e em ferramentas padronizadas que avaliem um grande espectro de psicopatologias e permitam a comparação dos resultados, inclusive entre diferentes sociedades. Esse sistema contém instrumentos que permitem mapear as competências e problemas de comportamento de crianças e adolescentes a partir do relato de vários informantes, como pais, professores e o próprio adolescente, entre eles o Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes (Child Behavior Checklist – CBCL/6-18), o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para professores (Teacher Report Form – TRF) e o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (Youth Self-Report – YSR).

### **VERSÕES**

Nos Estados Unidos, país onde esses instrumentos foram desenvolvidos, três versões foram publicadas, as mais recentes em 2001. A primeira (CBCL/4- 16) foi publicada em 1983. Em seguida, foram lançados os manuais para o TRF (1986) e o YSR (1987). Para a segunda versão (CBCL/4-18), publicada em 1991, não houve mudanças no conteúdo dos inventários, e sim na idade máxima à qual o CBCL se destinava – de 16 para 18 anos. Em 1991, os instrumentos TRF/5-18 e YSR/11-18 também foram revistos, de modo a aprimorar a integração entre os dados obtidos pelos três questionários. A maior mudança ocorreu em 2001, quando uma revisão crítica do CBCL, do TRF e do YSR resultou em modificações estruturais, de conteúdo e de faixa etária avaliada. Nessa versão, foram incluídas as escalas orientadas pela quarta versão do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais



---

(DSM-IV); alguns itens foram excluídos, outros foram adicionados; e os instrumentos passaram a se destinar a crianças com idade entre 6 e 18 anos. Em 2014, os autores liberaram uma atualização do software de correção do instrumento que faz a análise dos dados seguindo as síndromes definidas no DSM-5, sem apresentar nenhuma mudança nos inventários. Os instrumentos ASEBA são amplamente utilizados em todo o mundo e foram traduzidos e adaptados para mais de 90 idiomas [Disponível em: [www.aseba.org](http://www.aseba.org)], incluindo o português do Brasil. O primeiro instrumento ASEBA traduzido e validado no País foi o CBCL/4-18. Atualmente, o TRF encontra-se traduzido, enquanto o CBCL/6-18 e o YSR, além de traduzidos, já apresentam estudos que apontam suas propriedades psicométricas para uso em nosso meio. Uma revisão detalhada sobre o processo de desenvolvimento das versões brasileiras dos questionários ASEBA para escolares foi apresentada por Bordin e colaboradores.

## DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Na primeira página dos instrumentos, são registrados os dados de identificação, tais como nome da criança/adolescente, data de nascimento, escolaridade e dia da aplicação. Nas demais, há questões fechadas destinadas a avaliar competências e problemas emocionais/comportamentais, que devem ser respondidas de acordo com uma escala Likert que varia de 0 a 2. O informante deverá assinalar “0” caso a afirmação não seja verdadeira, “1” se a afirmação for um pouco ou algumas vezes verdadeira, e “2” caso a afirmação seja muito ou frequentemente verdadeira. Além disso, os inventários contam com questões abertas para que o informante possa descrever as qualidades e preocupações relativas ao jovem em questão. Alguns exemplos de questões que avaliam as competências são: “Quantos amigos próximos seu filho tem?”, “Cite os esportes que seu filho mais gosta de praticar”, “Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?”. Já os problemas de comportamento são avaliados por questões como: “Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo?”, “É muito medroso(a) ou ansioso(a)?”, “É impulsivo(a) ou age sem pensar?”. Os inventários diferem em relação ao número e conteúdo dos itens, como pode ser visto na Tabela 10.2.1.

A partir das respostas ao questionário, os dados são distribuídos em Escalas Síndromes, empiricamente derivadas de análises fatoriais para refletir o padrão de coocorrência de problemas, e em Escalas Orientadas pelo DSM, que incluem itens avaliados como muito consistentes com as categorias de diagnóstico do DSM-5. Além disso, em 2007, foram incluídas novas escalas baseadas em dados de pesquisas (Outras Escalas). As nomenclaturas das escalas que são derivadas dos questionários constam na Tabela 10.2.2.

**TABELA 10.2.1 ► DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA DOS INVENTÁRIOS ASEBA PARA AVALIAÇÃO INFANTOJUVENIL**

INSTRUMENTO	CONSIDERAR OS ÚLTIMOS	NÚMERO DE ITENS	OBSERVAÇÕES
CBCL/6-18	6 meses*	138 itens	20 itens (competência) + 118 itens (PC)
TRF	6 meses*	123 itens	20 itens (desempenho acadêmico) + 113 itens (PC) 95 itens em comum com o CBCL/6-18
YSR	6 meses*	119 itens	14 itens (comportamentos socialmente desejáveis) + 105 itens (PC) 105 itens em comum com o CBCL/6-18

\* Caso o inventário venha a ser reaplicado em um período inferior a seis meses para avaliar mudanças, o período pode ser reduzido para até, no mínimo, dois meses para a avaliação inicial e para as subsequentes; PC: problemas de comportamento.

**TABELA 10.2.2 ► NOMENCLATURA DOS INVENTÁRIOS ASEBA PARA AVALIAÇÃO INFANTOJUVENIL DE ACORDO COM CADA INSTRUMENTO**

INSTRUMENTO	ESCALAS				
	COMPETÊNCIAS	SÍNDROME	DSM-5	ESCALAS TOTAIS	OUTRAS ESCALAS ADICIONADAS EM 2007
CBCL/6-18	Competências em atividades, competência social e competência escolar	*	**	TC, EI, EE e TP	Problemas Obsessivo-compulsivos, Problemas de Estresse Pós-traumático e Tempo Cognitivo Lento
TRF	Desempenho acadêmico, grau de esforço no trabalho, comportamento adaptativo, grau de aprendizagem, grau de felicidade e escala total de funcionamento adaptativo	*	**	TC, EI, EE e TP	Problemas Obsessivo-compulsivos, Problemas de Estresse Pós-traumático e Tempo Cognitivo Lento
YSR	Competências em atividades, competência social e competência escolar	*	**	TC, EI, EE e TP	Problemas Obsessivo-compulsivos, Problemas de Estresse Pós-traumático e Aspectos Positivos

\* Escalas: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo.  
 \*\* Escalas orientadas pelo DSM: Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas Somáticos, Problemas de Conduta e Problemas de Oposição e Desafio.  
 TC: Total de Competências; EI: Escala de Internalização; EE: Escala de Externalização; TP: Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Os instrumentos apresentam uma série de questões em comum, o que permite a comparação da perspectiva de múltiplos informantes. Comparar os escores obtidos a partir dos questionários possibilita ao profissional identificar as concordâncias e divergências entre os relatos e, então, ter uma compreensão mais ampla do caso.

---

## PÚBLICO-ALVO

Os instrumentos destinam-se a avaliar crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos.

## APLICAÇÃO

Os inventários ASEBA foram elaborados para que fossem respondidos de maneira independente por pais, responsáveis, professores e jovens. As instruções para preenchimento estão impressas nos instrumentos; assim, caso o respondente tenha o ensino fundamental completo, poderá preencher por conta própria. Nos casos de baixa escolaridade, ou em que seja identificada dificuldade para compreender e responder às questões, um entrevistador treinado poderá lê-las e preenchê-las de acordo com as respostas do entrevistado. Nessa situação, é sugerido que uma cópia do questionário seja disponibilizada para que o informante possa acompanhar as questões que lhe são fornecidas. 1,3 Durante a aplicação, podem surgir algumas dúvidas, entre elas: “Quem deve responder ao CBCL, a mãe ou o pai?”, “Os pais podem preencher conjuntamente o mesmo formulário?”. A recomendação é a de que, quando pai e mãe estiverem disponíveis, cada um responda a um formulário do CBCL. Nos casos em que apenas um cuidador tenha disponibilidade para participar da avaliação, sugere-se que seja respondido por aquele que passa mais tempo com a criança.

Quanto ao TRF, é comum haver dúvida sobre qual professor deve respondê-lo. Nesses casos, recomenda-se que todos aqueles que lecionam para a criança e a conhecem bem, quando disponíveis, sejam convidados a responder ao instrumento. Não há exigência de formação específica para aplicação dos instrumentos ASEBA; no entanto, é recomendável que o aplicador tenha conhecimento suficiente do questionário, para esclarecer eventuais dúvidas que os informantes possam apresentar. É importante instruir os entrevistadores a nunca explicar o conteúdo de determinado item por meio de exemplos, pois isso pode enviesar a resposta, uma vez que aquele que responde o questionário pode não conseguir generalizar a ilustração para as outras situações e responder com base apenas no exemplo fornecido.

A aplicação do instrumento pode ocorrer de forma individual ou coletiva. Para aplicação coletiva, sugere-se que cada respondente receba uma cópia do questionário e que haja um aplicador disponível para ler os itens e esclarecer as possíveis dúvidas dos participantes. Estima-se que o tempo para resposta dos instrumentos varie entre 15 e 20 minutos. 1,3 A depender dos objetivos da avaliação, pode-se aplicar apenas a parte de problemas de comportamento, ou de competências. Nesses casos, o tempo de aplicação

---

passa a ser de aproximadamente 10 minutos. A correção dos instrumentos ASEBA pode ocorrer de forma manual ou por meio do software Assessment Data Manager (ADM), que permite digitar os dados obtidos e elaborar os perfis de competências e problemas emocionais/comportamentais. Este último método é o mais recomendado pelo autor, até mesmo por viabilizar a rápida comparação dos escores dos itens e das escalas de até oito inventários preenchidos sobre um mesmo paciente (Cross-Informant Report).

## **INTERPRETAÇÃO DAS PONTUAÇÕES**

A interpretação dos resultados exige que o avaliador tenha experiência clínica e conhecimentos sobre avaliação padronizada. A partir das respostas fornecidas pelos informantes, são elaborados os perfis da criança/adolescente nas escalas dos instrumentos (Tab. 10.2.2). A soma dos pontos obtidos em cada uma dessas escalas é indicada no escore bruto (raw score), muito usado para análises estatísticas, pois reflete diretamente a pontuação obtida em cada escala. Os resultados são apresentados também em termos de percentis, que refletem a posição em comparação à amostra normativa dos instrumentos. Por fim, os escores T permitem a comparação dos escores obtidos para a criança/adolescente em todas as escalas do instrumento, o que não pode ser realizado com os escores brutos, pois em cada escala há um número diferente de itens. Para interpretar os resultados, foram estabelecidos pontos de cortes para as faixas normal, clínica e limítrofe. Escores na faixa clínica são indícios de problemas, enquanto a faixa limítrofe refere-se a uma pontuação alta o suficiente para causar preocupação, mas não tanto quanto a primeira. A Tabela 10.2.3 apresenta os pontos de corte estabelecidos para os instrumentos ASEBA.



**TABELA 10.2.3 ► VALORES DEFINIDOS PARA AS FAIXAS NORMAL, LÍMITROFE E CLÍNICA**

ESCALAS	VALORES FAIXA NORMAL	VALORES FAIXA LÍMITROFE	VALORES FAIXA CLÍNICA
Total de Competências/Funcionamento Adaptativo (TRF)	T escore > 40 Percentil > 16	T escore 37-40 Percentil 10-16	T escore < 37 Percentil < 10
Escala de Competências/Desempenho Acadêmico (TRF)	T escore > 31 Percentil > 7	T escore 31-35 Percentil 3-7	T escore < 31 Percentil < 3
TC, EI, EE e TP	T escore < 60 Percentil < 84	T escore 60-63 Percentil 84-90	T escore > 63 Percentil > 90
Escala Síndromes, DSM e Outras	T escore < 69 Percentil < 93	T escore 65-69 Percentil 93-97	T escore > 69 Percentil > 97

TC: Total de Competências; EI: Escala de Internalização; EE: Escala de Externalização; TP: Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

## VALIDADE

A validade de conteúdo dos instrumentos ASEBA foi amplamente garantida nas décadas de pesquisa na área, cujos resultados demonstraram os itens que medem aquilo que o instrumento se propõe a medir. A validade de critério foi estimada a partir de diversos métodos estatísticos, como regressões, testes de *odds ratio* e análises discriminantes, que demonstraram a capacidade dos instrumentos de discriminar entre crianças/adolescentes encaminhadas e não encaminhadas para atendimento psicológico, com chance de erro inferior a 1%. A validade de construto foi garantida a partir de diferentes metodologias, incluindo comparações com escalas análogas e com os critérios do DSM, e da predição de resultados em longo prazo. A aplicabilidade da estrutura fatorial dos instrumentos foi testada em diferentes sociedades, com resultados que confirmam a adequação do modelo. No Brasil, Bordin e colaboradores realizaram o primeiro estudo de validação do CBCL/4-18, que demonstrou boa sensibilidade para o instrumento, com identificação correta de 75% dos casos leves, 95% dos casos moderados e 100% dos casos graves, em comparação à avaliação psiquiátrica (CID-10). Um estudo posterior confirmou a validade convergente do CBCL/4-18 por meio de comparação com a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

Análises da estrutura fatorial indicaram ótima aceitação do modelo fatorial de oito escalas síndromes de problemas emocionais/comportamentais, tanto para o CBCL quanto para o YSR. 5,6 Tais estudos também confirmaram a capacidade discriminativa das escalas, visto que a pontuação média das crianças da população em geral é mais baixa que a de crianças/adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental, os quais têm de 3 a 9 vezes mais chances de atingir escores na faixa clínica. Por fim, um trabalho de comparação do YSR com o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette)

---

apresentou indícios de validade concorrente e convergente. Estudos sobre a validade do TRF ainda são necessários no Brasil.

---

## **Escala de Autoavaliação do TDAH – CriAd**

### **- Versão para Crianças e Adolescentes –**

Edyleine Bellini Peroni Benczik

**Objetivo:** A Escala de Autoavaliação do TDAH - CriAd (Versão para Crianças e Adolescentes) pretende trazer o entendimento da própria criança e do adolescente a respeito dos possíveis prejuízos de atenção, hiperatividade / impulsividade, bem como a intensidade do prejuízo (moderado ou grave). A partir dos resultados obtidos, pode-se elaborar um plano de intervenção psicológica, neuropsicológica, médica, escolar, social, psicopedagógica e psicoeducativa. Pretende também, servir como medida de acompanhamento, ou seja, de monitoramento dos benefícios alcançados pós-intervenção, verificando-se a necessidade de um redirecionamento do plano interventivo.

**Público-alvo:** Crianças e Adolescentes com idades entre 6 e 15 anos.

**Composição:** Manual de Instruções (este volume) e Folhas de Aplicação e Protocolo de Avaliação e Análise dos Dados (arquivos digitais).

**Aplicação:** Individual ou coletiva. É necessária apenas a utilização de uma caneta ou lápis preto para preenchimento na folha de respostas. A escala é autoadministrável (a própria criança ou adolescente a responde).

**Estudos psicométricos:** (a partir da coleta de dados no ano de 2014). Foram identificadas, por meio da análise fatorial exploratória, as evidências de validade baseadas na estrutura interna (validade fatorial) da escala. A precisão foi avaliada por meio da análise da consistência interna com base nos índices de Alpha de Cronbach, Lambda 2 de Guttman e de correlação item-total para a escala geral e os fatores. Foram investigadas as influências das variáveis: sexo, escolaridade, idade e tipo de escola (particular ou pública) no desempenho dos participantes por meio de comparação entre as médias e aferida a magnitude do efeito. Adicionalmente, foi aferido o grau de eficácia do instrumento: grupo amostral (n=372).

---

**Normas:** As normas foram estabelecidas por meio do cálculo de percentis, de modo a permitir que os resultados de um indivíduo sejam comparados ao grupo normativo. Foram obtidas em uma amostra de 372 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de quatro cidades do interior de São Paulo e da capital paulista, cujas escolaridades variaram entre o Ensino Infantil, o Ensino Fundamental I e II.

### **Administração da Escala de Autoavaliação do TDAH – CriAd - Versão para Crianças e Adolescentes**

**LEMBRETE:** É necessário adquirir os manuais técnicos para as correções, aqui ilustramos informações gerais para fins de atualização e ensino.

A administração desta escala é fácil, rápida e simples, desde que a criança ou o adolescente sejam alfabetizados e tenham compreensão do que está sendo solicitado. As instruções devem ser feitas de forma clara. No caso de o avaliado não ser alfabetizado, as perguntas deverão ser feitas em forma de entrevista pelo profissional, e as respostas devem ser esclarecidas para a criança / adolescente com o crivo de 1 (Nunca), 2 (Um pouco), 3 (Às Vezes) e 4 (Sempre). É necessário, por parte do profissional da saúde e da educação, conhecimento prévio sobre como o instrumento foi organizado, quais fatores ele se propõe a avaliar, como e o que ele oferece em termos de possibilidades de resultados e interpretação.

Esta escala é essencial para se obter, capturar e compreender informações objetivas, mas não se torna exclusiva e suficiente para se fazer um diagnóstico de TDAH; outros métodos deverão ser utilizados, como entrevistas com os pais, família, professores, e outros procedimentos e requisitos indicados, conforme é apontado na literatura, como o levantamento da história médica, familiar, escolar e social do paciente, e uma avaliação mais abrangente, a depender da área de atuação de cada profissional.

Para realizar o preenchimento da escala é preciso apenas uma caneta esferográfica ou um lápis preto número 2 e uma borracha, para o caso de a criança / adolescente necessitar apagar e refazer a sua resposta. A aplicação pode ser individual ou coletiva, com tempo livre, embora a média aproximada de duração para preenchimento total da escala seja de 15 minutos. As instruções devem ser lidas pela própria criança / adolescente, ou pelo profissional, caso seja necessário.

### **Instruções**

Leia com cuidado cada frase e anote a quantidade de vezes que cada situação ocorre com você, por pelo menos seis meses, considerando: (1) NUNCA; (2) UM POUCO; (3) ÀS VEZES e (4) SEMPRE. Seja o(a) mais sincero(a) possível e lembre-se de que não existe uma

---

resposta certa. Somente a sua resposta é a correta. Não deixe de responder nenhum item. Qualquer dúvida pode perguntar.

Por exemplo:

Me acham agitado/a (inquieto/a).

Se você NUNCA se acha agitado/a (inquieto/a), você deve responder (1).

Se você se acha UM POUCO agitado/a (inquieto/a), responda (2).

Se você se considera ÀS VEZES agitado/a (inquieto/a), deve responder (3).

Mas, se você percebe que é SEMPRE agitado/a (inquieto/a), você responde (4).

### **Apuração dos resultados**

Este instrumento permite uma análise quantitativa dos resultados dos itens de cada fator, de forma classificatória (Inferior, Média Inferior, Média, Média Superior, Superior). Por meio das análises quantitativas, são observados os fatores que estão preservados e os prejuízos existentes, aqueles que estão causando dificuldades para a criança ou adolescente e sua família. Estes resultados indicam, também, a intensidade do nível do prejuízo e servem como norteadores para uma proposta adequada de intervenção, seja ela psicológica, neuropsicológica, médica, social, familiar, comportamental e/ou escolar.

---

## **ETDAH-Pais - Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar - Versão para Pais**

Edyleine Bellini Peroni Benczik

**Objetivo:** Avaliar os comportamentos infantojuvenis em ambiente familiar, tendo os pais como fonte de informação, no entendimento dos possíveis prejuízos de atenção, hiperatividade e impulsividade, dificuldades emocionais e comportamentais, bem como verificar a intensidade do prejuízo existente (moderado e grave). A partir dos resultados obtidos, permitir a elaboração de um plano de intervenção psicológica, neuropsicológica, médica, escolar, social e/ou psicopedagógica, dentre outras, e servir como medida de acompanhamento, ou seja, de monitoramento dos benefícios alcançados após intervenção, verificando, também, a necessidade de redirecionamento do plano interventivo.

**Público-alvo:** Crianças e Adolescentes com idades entre 2 e 17 anos.



---

**Composição:** Manual de Instruções (este volume) e Folhas de Aplicação e Protocolo de Avaliação e Análise dos Dados (arquivos digitais).

**Aplicação:** Individual ou coletiva. É necessária apenas a utilização de uma caneta para preenchimento na folha de respostas. A escala é autoadministrável (o próprio responsável pela criança ou adolescente a responde).

**Estudos psicométricos** (a partir da coleta de dados no ano de 2014): Foram identificadas, por meio da análise fatorial exploratória, as evidências de validade baseadas na estrutura interna (validade fatorial) da escala. A precisão foi avaliada por meio da análise da consistência interna com base nos índices de alpha de Cronbach, Lambda2 de Guttman e de correlação item-total para a escala geral e os fatores. Foram investigadas as influências das variáveis: sexo, escolaridade, idade e tipo de escola (particular ou pública) no desempenho dos participantes por meio de comparação entre as médias, e foi aferida a magnitude do efeito. Adicionalmente, foi aferido o grau de eficácia do instrumento via validade concorrente: grupo clínico (n = 88) versus controle (n = 203).

**Normas:** As normas foram estabelecidas por meio do cálculo de percentis, de modo a permitir que os resultados de um indivíduo sejam comparados ao grupo normativo. Foram obtidas em uma amostra de 203 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de três cidades do interior de São Paulo e da capital paulista, cujas escolaridades incluíam Ensino Infantil, Ensino Fundamental I e II e Ensino Médio.

### **Administração da Escala de Avaliação de Comportamentos Infantojuvenis no Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade em Ambiente Familiar - Versão para Pais**

**LEMBRETE:** É necessário adquirir os manuais técnicos para as correções, aqui ilustramos informações gerais para fins de atualização e ensino.

A administração desta escala é fácil, rápida e simples, desde que os pais ou responsáveis sejam alfabetizados. É necessário, por parte do profissional da saúde e da educação, conhecimento prévio sobre como o instrumento foi organizado, os fatores que se propõe a avaliar, como e o que oferece em termos de possibilidades de resultados e interpretação.

Esta escala é essencial para obter, capturar e compreender informações objetivas, mas não é exclusiva e suficiente para se fazer um diagnóstico de TDAH como um fim em si mesmo; outros métodos deverão ser utilizados, como entrevistas com a própria criança e

---

adolescente, família, professores, assim como outros procedimentos e requisitos indicados, conforme é apontado na literatura sobre o TDAH, como o levantamento da história médica, familiar, escolar e social do paciente, bem como uma avaliação mais abrangente, a depender da área de atuação de cada profissional.

A aplicação pode ser individual ou coletiva, com tempo livre de realização, embora a média aproximada de duração para preenchimento total da escala seja de 15 minutos. As instruções devem ser lidas pela própria pessoa, ou pelo profissional, caso seja necessário.

### Instruções

Abaixo estão alguns itens que descrevem comportamentos que seu filho ou sua filha pode apresentar. Considere a ocorrência dos comportamentos no momento atual e nos últimos seis meses. Leia cada item cuidadosamente e marque com "X" a opção que mais se adequar à sua opinião, indicando a frequência em que o comportamento ocorre:

Nunca (1);

Muito Pouco (2);

Pouco (3); Geralmente (4);

Frequentemente (5);

Muito frequentemente (6).

Não deixe nenhum em branco.

### Apuração dos Resultados

Este instrumento permite uma análise quantitativa dos resultados dos itens de cada fator, de forma classificatória (Inferior, Média Inferior, Média, Média Superior, Superior). Por meio das análises quantitativas, são observados os fatores que estão preservados e os prejuízos existentes, aqueles que estão causando dificuldades para a criança ou adolescente e sua família. Estes resultados indicam, também, a intensidade do nível do prejuízo e servem como norteadores para uma proposta adequada de intervenção, seja ela psicológica, neuropsicológica, médica, social, familiar, comportamental e/ou escolar.

---

## Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ETDAH-AD)

Edyleine Bellini Peroni Benczik

**Objetivo:** Auxiliar no processo diagnóstico do TDAH, com a possibilidade de distinguir a apresentação do transtorno, a intensidade e o nível de prejuízo existente (leve, moderado e grave). A partir dos resultados obtidos, identificar habilidades e o funcionamento

---

neuropsicológico do sujeito, bem como o(s) comportamento(s)-alvo de intervenção. Permitir a elaboração de um plano de intervenção, seja esta psicológica, neuropsicológica, educacional, social, vocacional ou profissional, psicopedagógica, entre outras. Servir como medida de avaliação e de monitoramento dos benefícios pós-intervenção, como forma de analisar o progresso e os benefícios alcançados, bem como verificar os limites e a necessidade de uma revisão do plano de intervenção.

**Público-alvo:** Adolescentes e adultos com idade compreendida entre 12 e 18 anos.

**Composição:** Livro de Instruções, Livro de Aplicação e Livro de Avaliação.

**Aplicação:** Individual ou coletiva. É necessária apenas a utilização de uma caneta para preenchimento do Livro de Aplicação. A escala é autoadministrável (o próprio avaliando a responde).

### **Administração da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ETDAH-AD)**

**LEMBRETE:** É necessário adquirir os manuais técnicos para as correções, aqui ilustramos informações gerais para fins de atualização e ensino.

A administração desta escala é relativamente simples, fácil e rápida. Entretanto, é necessário um mínimo de conhecimento prévio sobre como o instrumento foi organizado, quais fatores ele se propõe a avaliar, como e o que ele oferece em termos de possibilidades de resultados e de interpretação.

O local de realização deve ser bem iluminado, arejado e silencioso, livre de ruídos e barulhos que possam gerar incômodos e distrações. É indicado que a aplicação seja feita em uma carteira ou mesa, além de ser necessária uma cadeira confortável para a pessoa se sentar. Para realizar o preenchimento da escala é preciso apenas uma caneta esferográfica.

A aplicação poderá ser individual ou coletiva, com tempo livre, embora a média aproximada de duração para preenchimento total da escala seja de 15 minutos. As instruções devem ser lidas pela própria pessoa, tal como segue:

Instruções: “Abaixo, estão alguns termos descritivos de comportamentos que você poderá considerar a ocorrência dos comportamentos no momento atual e nos últimos seis meses. Leia cada item cuidadosamente e procure não deixar nenhum em branco”.

Assinale com um X a opção que mais se adequar à sua opinião, indicando também o grau em que o comportamento ocorre, variando de

---

Nunca (0);  
Muito raramente (1);  
Raramente (2);  
Geralmente (3);  
Frequentemente (4);  
Muito frequentemente (5).

## **APURAÇÃO DOS RESULTADOS**

Este instrumento permite tanto uma análise quantitativa quanto qualitativa dos resultados dos itens e de cada fator, o que enriquecerá a compreensão do caso. Por meio das análises quantitativas e qualitativas serão observadas as funções que estão preservadas e as funções e ou comportamentos mais prejudicados e que estão causando dificuldades à vida da pessoa.

Esses resultados servirão como norteadores para uma proposta mais adequada de intervenção, seja psicológica, neuropsicológica, social, familiar, comportamental, ocupacional ou vocacional, indicando não apenas se a pessoa apresenta ou não o transtorno, mas também em qual intensidade e nível de prejuízo.

---

## **CASO CLÍNICO**

João, 10 anos, estudante do quarto ano de uma escola pública da sua cidade, vem apresentando dificuldades na escola desde a primeira série, contudo essas dificuldades se intensificaram com o passar dos anos. A professora de João diz que o menino não consegue prestar atenção na aula e que frequentemente atrapalha os colegas com as suas brincadeiras. Segundo relato, João, desde a primeira série, apresentava muita desatenção nas aulas, ao ponto de qualquer barulho no corredor ser suficiente para desorganizá-lo. O menino está sempre se mexendo, caminha pela sala enquanto a professora tenta dar aula e, em momentos de prova, comumente se levanta para apontar o lápis, pede para ir ao banheiro ou fica batucando com os pés e as mãos sentado, o que contribui para que ele tenha poucos amigos na escola, pois os colegas se incomodam bastante com a sua agitação.

Seu desempenho nas provas também é bastante prejudicado, visto que perde muito tempo nessas atividades durante momentos de prova, contribuindo para que ele não consiga terminar a tarefa a tempo de entregá-la. Suas atividades de sala de aula muitas vezes são entregues com questões em branco e, quando João é questionado se ele apresentou



---

dificuldades nessas questões, ele justifica dizendo que não as viu enquanto realizava. O processo de alfabetização de João foi bastante complicado.

A professora conta que não mediu esforços para trazer atividades diferentes e formas novas para que João aprendesse a ler e a escrever, mas que ele, até hoje, ainda apresenta dificuldades, principalmente no que se refere a letras diferentes com sons iguais, "esquece no H no hoje, às vezes escreve o N espelhado e quase sempre troca o uso do S e do Z", diz a professora. A professora relata já ter pedido ajuda para os pais, mas diz que não havia sido ouvida até então, pois os pais acreditavam que a agitação do filho era normal da sua idade. Em casa, João é um menino mais tranquilo.

Segundo os pais, ele fica bastante na frente do computador e, quando cansa, vai jogar bola. Diz que o filho não escuta quando o chamam para fazer as tarefas e que desistiram de chamar o menino para fazer as refeições com o restante da família na mesa, pois acreditam ser coisa da idade. O pai de João diz em tom de brincadeira que era assim também na infância e na adolescência, que sempre foi "brigão" no colégio, que atrapalhava a professora e que chegou até a aprontar para a diretora do colégio e que, hoje, como pai, só buscou atendimento psicológico para o filho devido à exigência da escola, como condição para que o filho não fosse suspenso pela terceira vez, motivo que poderia levar a uma futura expulsão.

Atualmente o pai diz ser normal, mesmo que a mãe de João reclame das brigas e esquecimentos frequentes que o marido apresenta. Os pais dizem que João não passou por nenhum episódio atual que possa ter causado os sintomas, que o menino sempre foi assim, que, inclusive, chorava muito quando nasceu. Contudo, a professora diz estar muito preocupada com o desempenho de João na escola, visto que ele não está acompanhando seus colegas de classe e que, atualmente, vem se envolvendo em brigas com as crianças na escola, o que contribui para que ele acabe sendo excluído pelas outras crianças. Durante a entrevista com a psicóloga, João mexeu por toda a sala, falando sobre e brincando com os mais diversos brinquedos, mas evitou aqueles que exigiam um raciocínio mais elaborado de sua parte, descartando-os e definindo-os como sendo brinquedos de criancinhas, e, na entrevista junto aos pais, João frequentemente se atravessava na fala dos pais, corrigindo-os e interrompendo-os.

Conforme o DSM-5 (APA, 2014), João preenche todos os critérios necessários para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade subtipo combinado de gravidade grave. João apresenta sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade que interferem no seu funcionamento e no seu desenvolvimento. Quanto aos sintomas de desatenção, João frequentemente deixa questões em branco em suas atividades escolares e justifica o fato

---

dizendo não ter visto essas questões enquanto realizava a atividade, além disso, troca o uso de letras cujos sons são semelhantes em sua escrita, bem como se confunde com o uso de H no início de palavras, escreve o N espelhado e troca S e Z, preenchendo o sintoma "a" de desatenção, que diz que o indivíduo frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades.

Segundo relato da professora, João se distrai facilmente com barulhos e que qualquer barulho, mesmo que no corredor, é suficiente para desorganizá-lo, mesmo quando a professora se esforça buscando outras formas de prender a atenção de João, preenchendo o sintoma "b" de desatenção, que diz que o indivíduo frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. Em casa, João comumente parece não escutar os pedidos dos pais para a realização de tarefas, o que fez com que os pais desistem, inclusive, de chamar o menino para realizar as refeições na mesa com a família, preenchendo o sintoma de desatenção, que diz que o indivíduo frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente.

O sintoma "d" de desatenção diz que o indivíduo frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho, justificado pela dificuldade de João de se focar na tarefa, como relatado pela professora ao longo do caso, o que faz com que muitas vezes a tarefa seja entregue inacabada, prejudicando seu desempenho escolar. Durante entrevista com a psicóloga, foi percebido que João mexeu em diversos brinquedos ao longo da entrevista, mas que sempre descartava aqueles que exigiam um raciocínio mais elaborado de sua parte, além de relutar em realizar provas, pedindo para ir ao banheiro, apontando o lápis ou batucando mãos e pés durante a sua realização, preenchendo o sintoma de desatenção, que diz que o indivíduo frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado.

O sintoma de desatenção diz que o indivíduo é facilmente distraído por estímulos externos com frequência, o que é justificado pelo fato de João se distrair facilmente com barulhos na escola e, em casa, por sua dificuldade de ouvir as solicitações dos pais devido a outro estímulo mais interessante para ele. Em relação aos sintomas de hiperatividade-impulsividade, João também satisfaz seis sintomas durante um período maior do que seis meses em grau que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tem impacto negativo diretamente nas suas atividades sociais e acadêmicas. Em momentos de prova, em que não lhe é permitido levantar da cadeira, João costuma batucar mãos e pés na cadeira,

---

satisfazendo o sintoma "a" para hiperatividade-impulsividade, que diz que o indivíduo frequentemente reme-se ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.

Em situações de prova, frequentemente se levanta para apontar o lápis ou pede para ir ao banheiro, durante as aulas, comumente caminha pela sala atrapalhando o bom andamento da aula e seu bom aproveitamento do conteúdo, satisfazendo o sintoma "b" para hiperatividade-impulsividade, que diz que o indivíduo frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado. O sintoma "d" para hiperatividade-impulsividade é a incapacidade de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente, e é preenchido e justificado pelas brigas recorrentes na escola que João vem apresentando.

João parece ter uma energia excessiva para gastar que dificilmente é gasta, que é caracterizado por suas brincadeiras frequentes em sala de aula, sua dificuldade de permanecer sentado quando lhe é solicitado, sua agitação, seu comportamento durante a entrevista, mexendo em todos os brinquedos do consultório, e as brigas que acaba se envolvendo com amigos e colegas da escola, preenchendo o sintoma para hiperatividade-impulsividade, que diz que, com frequência, o indivíduo não para, agindo como se estivesse com o motor ligado. O sintoma "f", que diz respeito à fala excessiva frequente, se mostra nas frequentes brincadeiras feitas em sala de aula em momentos inapropriados, que acabam atrapalhando os colegas, e no seu comportamento na consulta, tanto individual quanto com os pais, que João apresentava fala excessiva.

Foi percebido durante entrevista com os pais que João frequentemente se intrometia, interrompendo a fala dos pais em diversos momentos, o que também é sugerido nas brincadeiras frequentes em sala de aula e no fato os colegas se sentirem incomodados com o jeito de João, visto que os atrapalha, preenchendo critério "" para hiperatividade-impulsividade. O conjunto de sintomas, o padrão persistente e o prejuízo desses sintomas na vida de João contribuem para que seja preenchido o critério A para o transtorno. O critério B, que solicita que os sintomas tenham sido preenchidos antes dos 12 anos de idade, é satisfatório visto que João possui apenas 10 anos de idade. O critério C pede que os sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estejam presentes em dois ou mais ambientes.

Entende-se que João não apresenta os mesmos sintomas em casa e na escola, pois na escola os estímulos que lhe são apresentados não são tão agradáveis quanto os que ele procura em casa e que, por isso, os sintomas se apresentam de forma mais intensa na escola, o que é uma característica do transtorno. Quanto ao critério D, há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional, ou que reduzem

---

sua qualidade, é satisfatório, visto que João vem apresentando dificuldades de aprendizagem e dificuldades com seus colegas, tendo poucos amigos devido ao seu comportamento. O critério E, que exige que os sintomas não ocorram exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não sejam melhor explicados por outro transtorno mental é satisfeito, visto que não há evidências da existência de outro transtorno.

O subtipo é uma apresentação combinada, pois João preenche os critérios para desatenção e para hiperatividade-impulsividade. O transtorno não se apresenta em remissão parcial, pois os critérios continuam sendo preenchidos durante os últimos seis meses. O transtorno apresenta-se grave quanto a sua gravidade, pois João vem tendo sérios problemas acadêmicos e sociais devido aos sintomas, o que é percebido devido a suspensões no colégio, brigas que vêm se tornando frequentes em sua história atual e dificuldades em relacionamentos com seus colegas, o que faz com que ele tenha ficado mais isolado atualmente.

---

### **Referências Bibliográficas:**

- Benczik, E. B. P. (3ª ed.). (2021). Escala do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em contexto escolar: ETDAH-II: versão para professores. São Paulo: Pearson.
- Benczik, E. B. P. (2013). Escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – ETDAH-AD: versão adolescentes e adultos. São Paulo: Vetor.
- Benczik, E. B. P. (2018). ETDAH – CriAd: escala de Autoavaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: versão para crianças e adolescentes. São Paulo: Memnon.
- Benczik, E. B. P. (2018). ETDAH – Pais: escala de avaliação de comportamentos infantojuvenis no Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em ambiente família: versão para pais. São Paulo: Memnon.
- Carreiro, L. R. R. C., Teixeira, M. C. T. V., & Junior-Afonso, A. S. (Orgs.). (2022). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na clínica, na escola e na família: avaliação e intervenção.
- Lins, M. R. C., Muniz, M., & Moraes, L. (Orgs.). (2018). Avaliação psicológica infantil. São Paulo: Hogrefe (1ª ed.).
- Instrumentos de avaliação em saúde mental [recurso eletrônico] / Organizadores, Clarice Gorenstein, Yuan-Pang Wang, Ines Hungerbühler. – Porto Alegre : Artmed, 2016. e-PUB.
- Tisser, L. e colaboradores (2018). Transtornos psicopatológicos na infância e na adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys.
-