



Desempenho cognitivo de crianças e jovens com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Glauca Gabriela Bagattini de Souza
Adriana Nobre de Paula Simão
Ricardo Franco de Lima
Sylvia Maria Ciasca

Resumo: O presente artigo teve como objetivo comparar os resultados do desempenho cognitivo de crianças e jovens diagnosticados com os diferentes subtipos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Escala de Inteligência *Wechsler* para Crianças (WISC-III). Foram analisados dados dos registros de 24 prontuários de crianças e jovens entre 06 e 14 anos, ambos os gêneros, cursando ensino fundamental, que foram diagnosticados com TDAH subtipos desatento e combinado. Os resultados apontaram que o desempenho obtido pelo grupo subtipo combinado foi melhor em relação ao grupo subtipo predominantemente desatento em todos os QIs e índices fatoriais avaliados, embora com diferença significativa apenas em relação ao QI Verbal, QI Total, Índice de Compreensão Verbal e Índice de Resistência a Distração. Tais resultados sugerem que crianças/jovens com TDAH subtipo combinado apresentam melhores resultados no WISC III em relação ao subtipo desatento.

Palavras-Chaves: Transtorno da Falta de Atenção com Hiperatividade; Escala de Inteligência *Wechsler* para Crianças; Funcionamento Intelectual.

Cognitive Performance of Children and Youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Abstract: This article aims to analyze and describe the results of cognitive performance of children and young people diagnosed with different subtypes of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD) in Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III). We analyzed data from 24 records of children and young people between 06 and 14 years, both sexes, attending elementary school, who were diagnosed with ADHD. The results showed that the performance of the combined subtype group was better than combined subtype group in all IQs and factor indexes evaluated, albeit with significant differences only in relation to verbal IQ, total IQ, verbal comprehension Index and Resistance to Distraction Index.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Wechsler Intelligence Scale for Children; Intellectual Functioning.

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado uma síndrome comportamental de início precoce (Moraes, 2010), caracterizada por agitação motora, alterações cognitivas e perceptivas, desatenção, impulsividade e comportamentos que comprometem a aprendizagem (Barkley, 2009).

Indivíduos com TDAH apresentam padrão persistente sem o transtorno. Apesar de todo avanço conceitual, não é possível definir e estabelecer uma etiologia específica responsável pelo transtorno (Simão, Toledo & Ciasca, 2010).

Este transtorno causa impacto na sociedade, levando-se em conta o alto custo no tratamento, o desgaste nas famílias, prejuízo nas atividades, bem como efeitos negativos na autoestima, nos indivíduos com o transtorno. (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk, 2000).

Conforme classificação do DSM-IV-TR (APA, 2002), para diagnóstico TDAH os sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade, persistir pelo menos por 6 meses, em 2 ou mais contextos, ter evidência clara de prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico e ocupacional e não devem ser secundários a outros transtornos psicológicos. O TDAH pode apresentar-se em três subtipos conforme a frequência de sintomas de desatenção, hiperatividade, impulsividade:

- TDAH subtipo predominantemente desatento: em que devem estar presente seis ou mais sintomas de desatenção e menos que seis sintomas de hiperatividade/impulsividade, há mais de seis meses;
- TDAH subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo: em que devem estar presente seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e menos que seis sintomas de desatenção, há mais de seis meses;
- TDAH subtipo combinado: devem estar presentes seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade, há mais de seis meses.

O diagnóstico clínico do TDAH baseia-se nos sintomas que são sistematizados por tabelas internacionais, como o DSM-IV-TR Rizzuti *et al.* (2008). No entanto, apesar disso, o uso de escalas e de testes neuropsicológicos pode ser útil, pois acrescentam dados que podem auxiliar no diagnóstico e na elaboração de um plano de tratamento. Os testes neuropsicológicos podem esclarecer aspectos das áreas cerebrais envolvidas no TDAH, que se refletem na conduta e no funcionamento cognitivo do indivíduo (Graeff & Vaz, 2006).

A avaliação neuropsicológica é recomendada em casos em que existe suspeita de comprometimento comportamental ou cognitivo de base neurológica, sendo que esta desempenha papel fundamental no diagnóstico e tratamento de patologias (Costa, Azambuja, Portuguez & Costa, 2004).

Segundo Kaefer (2006), a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) é um instrumento de avaliação de inteligência consagrado pelo uso, com propriedades psicométricas adequadas e que fornece mais informações de relevância clínica para o diagnóstico de TDAH. Além disso, cabe ressaltar que esta escala, em conjunto com outros testes, pode ser utilizada para verificar a presença de sinais indicativos de déficits atencionais compatíveis com o diagnóstico de TDAH, mas a ausência não excluiria o diagnóstico do quadro (Toledo, 2006).

A avaliação cognitiva por meio do WISC-III tem sido amplamente utilizada em estudos sobre a cognição em indivíduos com TDAH, apontando dificuldades específicas (Malloy-Diniz, Capellini, Malloy-Diniz & Leite, 2008).

Na pesquisa realizada por Figueiredo (2002), o WISC-III foi aplicado a uma amostra de 68 crianças com TDAH. Os resultados indicaram que todos os escores médios dos Quocientes de Inteligência (QI) estavam próximos da média normativa. A amostra apresentou escores baixos nos Índices de Velocidade de Processamento (IVP) e Resistência

à Distração (IRD), sendo que os escores mais baixos foram dos subtestes de Código e Dígitos. Para Graeff e Vaz (2008) o fator de distratibilidade (Índice de Resistência à Distração – IRD), que é composto pelos subtestes de Dígitos e Aritmética e que avaliam atenção e concentração, pode reforçar a hipótese diagnóstica de TDAH.

Solanto *et al.* (2007) compararam o desempenho de indivíduos com TDAH desatento e combinado em diferentes medidas neuropsicológicas de atenção e índices do WISC-III. Para os autores medidas de tempo cognitivo e de impulsividade motora podem ser sensíveis para diferenciar os subtipos de TDAH e em relação ao WISC-III, o grupo desatento apresentou pior desempenho no IVP.

Zambrano-Sanches, Martínez-Cortés, Rió-Carlos, Martínez-Wbaldo e Poblano (2010), além dos QI's, utilizaram escores dos subtestes “Completar Figuras”, “Cubos” e “Arranjo de Figuras” do WISC-R como rastreamento do funcionamento executivo em grupos de crianças com TDAH subtipo combinado, desatento e hiperativo. Os resultados indicaram que o subtipo desatento apresentou escores mais rebaixados quando comparado com indivíduos do grupo controle e de outros subtipos. Por outro lado, Page (2002) não observou diferenças em crianças com TDAH subtipo desatento e combinado nos escores e índices do WISC-III.

Desta maneira, o objetivo da presente pesquisa foi comparar os resultados do desempenho cognitivo de crianças diagnosticadas com diferentes subtipos do TDAH no WISC-III.

Método

Amostra

Inicialmente foi realizado levantamento retrospectivo por meio dos registros de prontuários de pacientes que passaram por avaliação interdisciplinar no DISAPRE. Para inclusão nesta pesquisa, foram selecionados prontuários de crianças e jovens com TDAH, diagnosticados pela equipe interdisciplinar do DISAPRE no período de 2008 a 2010. Para a coleta dos dados foram observadas informações referentes à idade, gênero, escolaridade e os resultados da avaliação no WISC-III.

Ao todo fizeram parte da pesquisa, dados coletados de 24 crianças e jovens, sendo 18 (75%) do gênero masculino e 06 (25%) do gênero feminino, estudantes do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental. As idades variaram de 07 a 14 anos, com idade média de 09 anos e 09 meses. Os participantes apresentavam diagnósticos de TDAH subtipo predominantemente desatento (GD) (n=6, 25%) e subtipo combinado (GC) (n=18, 75%). Nenhum participante apresentou diagnóstico de TDAH subtipo hiperativo/impulsivo. Os diagnósticos foram realizados a partir da avaliação com profissionais especializados da psicologia e psiquiatria e conforme os critérios do DSM-IV-TR (2002).

Instrumento

O WISC-III, de David Wechsler, é um instrumento clínico, adaptado e padronizado para a população brasileira por Figueiredo (2002), com uso restrito ao psicólogo. Este instrumento é utilizado para avaliar a capacidade intelectual de crianças entre 6 a 16 anos

e 11 meses, de forma individual. É constituído por duas escalas: Escala Verbal, composta pelos subtestes: Informação, Semelhança, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e pelo subteste complementar Dígitos, e Escala Execução, composta pelos subtestes Completar Figuras, Códigos, Cubos, Arranjo de Figuras, Armar Objetos e pelo subteste complementar Procurar Símbolos. Os escores do WISC-III são expressos em medidas normalizadas de Quociente de Inteligência (QI) com média igual a 100 e desvio padrão de 15 pontos. São obtidos os seguintes QIs: QI Verbal, QI de Execução e QI Total. Além destes escores também são obtidos índices fatoriais: (a) Índice de Compreensão Verbal (ICV) agrupando os subtestes verbais “Informação”, “Compreensão”, “Semelhanças” e “Vocabulário”; (b) Índice de Organização Perceptual (IOP), agrupando os subtestes visuoespaciais “Completar Figuras”, “Arranjo de Figuras”, “Cubos” e “Armar Objetos”; (c) Índice de Velocidade de Processamento (IVP), agrupando os subtestes de atenção “Código” e “Procurar Símbolos” e; (d) Índice de Resistência à Distração (IRD), agrupando os subtestes de atenção, raciocínio lógico e memória “Aritmética” e “Dígitos”.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob número 539/2010, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Os dados foram coletados no Laboratório de Pesquisa em Distúrbio, Dificuldade de Aprendizagem e Transtornos da Atenção (DISAPRE) localizado no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/Unicamp).

Resultados

Conforme pode ser observado na Tabela 1, nos grupos estudados houve maior frequência do gênero masculino, sendo 78% do GD e 67% do GC. Em relação à escolaridade 50% do GD cursavam o 6º ano do Ensino Fundamental e 33% do GC cursavam o 4º ano. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à distribuição dos gêneros, escolaridade e médias de idade.

Tabela 1 – Caracterização da amostra.

Variáveis	GD f(%)	GC f(%)	P
<i>Gênero</i>			
Masculino	4 (67)	14 (78)	0,48 ^a
Feminino	2 (33)	4 (22)	
<i>Escolaridade</i>			
1º-4º	3(50)	11 (61)	0,49 ^a
5º-8º	3 (50)	07 (39)	
<i>Idade</i>			
Média (DP)	9,83(2,40)	10,0(1,78)	0,97 ^b

Nota. GD: Grupo Desatento; GC: Grupo Combinado; DP: Desvio padrão

^a Teste Exato de Fischer; ^b Teste de Mann-Whitney

No que se refere à distribuição das classificações dos QIs e Índices Fatoriais entre os grupos, houve diferenças significativas no QIV ($p=0,001$), QIT ($p=0,02$), ICV ($p=0,002$) e IRD ($p=0,01$) (Tabela 2). No QIV, o GD apresentou maior frequência da classificação “média inferior” e o GC da classificação “média”. No QIT, todos os indivíduos do GD tiveram classificação “média inferior” e o GC obteve maior frequência da “média”. No ICV o GD obteve classificações “média inferior” e “média” e o GC com a classificação “média”. Por fim, no IRD, o GD obteve maior frequência da classificação “Limítrofe”, enquanto que o GC obteve maior frequência da classificação “média”.

Tabela 2 – Comparação das classificações dos WISC-III entre os subtipos de TDAH.

Índices/ Grupos		<i>Int. Def.</i>	<i>Lim.</i>	<i>M. Inf.</i>	<i>M.</i>	<i>M. Sup.</i>	<i>Sup.</i>	<i>Mt. Sup.</i>	<i>pa</i>
		<i>f(%)</i>							
QIV	GD	0(0)	1 (17)	3 (50)	2 (33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,001*
	GC	0(0)	0 (0)	3 (17)	8 (44)	2 (11)	4 (22)	1 (6)	
QIE	GD	0(0)	1 (17)	2 (33)	3 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,24
	GC	1(6)	0 (0)	5 (28)	7 (40)	2 (11)	2 (11)	1 (6)	
QIT	GD	0(0)	0 (0)	6 (100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0,02*
	GC	0(0)	0 (0)	5 (28)	8 (44)	2 (11)	2 (11)	1 (6)	
ICV	GD	0(0)	0(0)	3 (50)	3 (50)	0(0)	0(0)	0(0)	0,001*
	GC	0(0)	0(0)	1 (6)	9 (50)	4 (22)	3 (17)	1 (6)	
IOP	GD	0(0)	1 (16)	1 (17)	4 (67)	0(0)	0(0)	0(0)	0,27
	GC	0(0)	1 (6)	5 (28)	3 (33)	2 (11)	2 (11)	2 (11)	
IRD	GD	1(17)	5 (83)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0,01*
	GC	2(11)	2 (11)	1 (6)	11 (61)	1 (7)	0(0)	1 (7)	
IVP	GD	0(0)	2 (33)	0(0)	4 (67)	0(0)	0(0)	0 (0)	0,50
	GC	0(0)	6 (33)	1 (7)	9 (50)	1 (7)	1 (7)	0(0)	

Nota. Int. Def. = Intelectualmente Deficiente, Lim. = Limítrofe, M. Inf. = Médio Inferior, M. = Médio, M. Sup. = Médio Superior, S. = Superior, MT. Sup. = Muito Superior

^a Teste Exato de Fischer; *valor significativo

A Tabela 3 mostra a comparação dos grupos nos escores dos diferentes QIs e Índices Fatoriais. Os dados mostram que os grupos diferiram significativamente nos escores do QIV ($p=0,001$), QIT ($p=0,02$), ICV ($p=0,001$) e IRD ($p=0,01$). Em todas as comparações, a média obtida pelo GC foi maior que o GD.

Tabela 3 – Desempenho do Quociente Intelectual e Índices e Fatores entre os Grupos.

<i>Escores</i>	<i>GC</i>	<i>GD</i>	<i>p^a</i>
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>	
QIV	106,83 (16,89)	85,17 (5,15)	0,001*
QIE	99,06 (20,45)	87,83 (8,01)	0,24
QIT	103,50 (19,05)	85,17 (2,79)	0,02*
ICV	108,61 (16,28)	88,50 (5,05)	0,001*
IOP	103,61 (21,91)	90,33 (9,11)	0,27
IRD	94,78 (16,93)	73,17 (4,88)	0,01*
IVP	92,28 (13,11)	88,00 (11,87)	0,50

Nota. QIT = QI Total, QIV = QI Verbal, QIE = QI Execução, ICV = Índice de Compreensão Verbal, IOP = Índice de Organização Perceptual, RD = Índice de Resistência a Distração, IVP = Índice de Velocidade de processamento.

^a Teste Mann-Whitney; *valor significativo

Discussão

Em relação à caracterização da amostra, observa-se número maior de meninos com o transtorno, corroborando com a literatura (Rohde & Halpern, 2004; Polanczyk, Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007; Simão et al, 2010). Quanto aos subtipos, pesquisas apontam que o subtipo predominantemente desatento é mais encontrado em meninas (Rohde et al., 2000, Vasconcelos et al., 2003), contudo na presente pesquisa, a prevalência dos subtipos combinado e desatento foi maior em meninos. Tal fato pode estar relacionado com o tamanho da amostra de participantes com o subtipo desatento.

A análise do nível de escolaridade sugere que os sintomas do TDAH são geralmente percebidos a partir do 4º ou 5º ano (antiga 3ª e 4ª série) do Ensino Fundamental quando habilidades das funções executivas, como planejamento, organização e persistência de foco atencional se fazem mais necessárias (Rohde et al., 2004).

Houve maior frequência dos participantes com TDAH subtipo combinado cursando o 4º ano enquanto que a maior frequência do GD foi do 6º ano. Em pesquisa realizada por Toledo (2006) também se observou diferença entre os subtipos, sendo que o subtipo combinado foi mais relacionado ao 3º ano (antiga 2ª série) do Ensino Fundamental, enquanto que as crianças com o subtipo desatento foram mais relacionadas em anos posteriores, nos 4º e 5º anos (antiga 3ª e 4ª séries) do ensino fundamental. Os dados sugerem que o subtipo combinado pode ser diagnosticado mais precocemente, devido às queixas comportamentais, que o subtipo predominantemente desatento. Contudo, ainda que observada a diferença entre os subtipos de TDAH, nota-se a necessidade de uma urgência maior no reconhecimento adequado dos sintomas e encaminhamentos tendo em vista a qualidade no âmbito acadêmico, social, pessoal e familiar das crianças e jovens com o transtorno.

Em relação ao desempenho cognitivo no WISC-III, no QI Total, o GC obteve classificação dentro da média e o GD teve resultado médio inferior, ou seja, não apresentaram um quadro de deficiência intelectual. Martins, Tramontina e Rohde, (2003) relatam que para o diagnóstico diferencial do transtorno é preciso descartar a presença de deficiência intelectual, tendo em vista que tal fato pode causar problemas de atenção, agitação motora e impulsividade.

Nas comparações dos Índices Fatoriais, no presente estudo, os resultados sugerem que o desempenho menos favorável foi em relação ao Índice de Velocidade de Processamento e Resistência à Distração no GC e no Índice de Resistência à Distração no GD. Em estudo realizado com o instrumento WISC-III em crianças com TDAH, Figueiredo (2002) descreveu sobre escores mais baixos nos Índices de Velocidade de Processamento (Código e Procurar Símbolos) e Resistência a Distração (Aritmética e Dígitos). Em relação a esses subtestes, Kaefer (2006) cita algumas alterações encontradas na avaliação de pacientes com TDAH, sendo Código e Dígitos os subtestes mais prejudicados. Nos subtestes Aritmética e Procurar Símbolos, Kaefer (2006) relata que a pontuação em geral encontra-se diminuída, e, em uma análise qualitativa sobre o subteste Aritmética, nota-se erros predominantemente relacionados à atenção.

Realizando a comparação de desempenho entre os subtipos, os resultados apontam que o GC teve melhor desempenho em relação ao GD em todos os QIs e índices fatoriais avaliados, com diferença estatisticamente significativa em relação ao QI Verbal, QI Total, Índice de Compreensão Verbal e Índice de Resistência à Distração, sendo este último índice o de pior desempenho obtido pelo GD.

Resultados mais prejudicados do TDAH subtipo desatento também foram encontrados em outros estudos (Zambrano-Sánchez, Martínez-Cortés, Río-Carlos, Martínez-Wbaldo, & Poblano, 2010). Os indivíduos com este subtipo costumam apresentar maiores dificuldades na realização de tarefas, em função do estilo cognitivo mais desorganizado, o que poderia explicar as diferenças com o subtipo combinado em relação aos QIs e ICV (Toledo, 2006). Além disso, conforme observou Toledo (2006) os desatentos são menos instigados e mais passivos diante das tarefas, de forma que, muitas vezes, desistem e não formulam estratégias necessárias para responder aos subtestes.

O Índice Resistência à Distração, como citado anteriormente, é composto pelos subtestes Dígitos e Aritmética e de acordo com Simões (2002), o subteste Aritmética avalia a capacidade de cálculo mental, a compreensão de comandos verbais de certa complexidade e a capacidade de raciocínio, sendo sensível para avaliar a atenção.

Quanto ao desempenho relacionado à aritmética, a literatura informa que crianças com TDAH do subtipo desatento apresentam pior resultado em testes que avaliam o raciocínio matemático quando comparadas com o subtipo combinado (Andrade, 2003). Marshall, Schafer, O'Donnell, Elliott e Handwerk (1999), sugerem que alunos com TDAH subtipo desatento podem ter risco aumentado para déficits no cálculo aritmético. Tal fato pode ter contribuído para o desempenho aquém do esperado em relação ao índice de Resistência à Distração nesse subtipo.

Analisando-se dos dados descritos acima, verificou-se que, embora o número de prontuários avaliados seja de apenas uma amostra da população com TDAH, observou-se que o desempenho cognitivo de crianças com TDAH subtipo predominantemente

desatento foi pior em relação ao subtipo combinado e que, ainda, as crianças com o perfil desatento são encaminhadas mais tardiamente para avaliação. Gomes, Palmirini, Barbirato, Rohde e Mattos (2007), por meio de um estudo sobre o conhecimento do TDAH no Brasil, realizado com entrevistas com mais de duas mil pessoas, concluíram que o conhecimento sobre o TDAH tanto na população geral quanto em profissionais é insuficiente. Nota-se assim a importância de maior auxílio à capacitação dos envolvidos na educação da criança e jovens, a fim de um diagnóstico e uma intervenção bem-sucedidos.

Conclusão

Os dados obtidos sugerem que crianças e jovens com TDAH subtipo combinado apresentam melhor desempenho em relação ao subtipo predominantemente desatento em todos os QIs e Índices Fatoriais do WISC III, embora com diferença significativa apenas em relação ao QI Verbal, QI Total, Índice de Compreensão Verbal e Índice de Resistência a Distração.

Outros dados do estudo mostraram que a maioria das crianças diagnosticadas com TDAH era do gênero masculino em ambos os subtipos. Nenhuma criança foi diagnosticada com o subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo e a maioria delas era do subtipo combinado. A idade em que as crianças passaram por avaliação foi considerada tardia, principalmente no grupo TDAH subtipo predominantemente desatento, se pensarmos no prejuízo acadêmico dos primeiros anos de escolaridade.

Por se tratar de pesquisa com amostra reduzida, conclui-se que novos estudos são importantes, principalmente com amostra maior e equiparada quanto a gênero e número amostral, nos diferentes subtipos de TDAH, a fim de incentivar a detecção precoce dos sinais do transtorno, que pode antecipar o diagnóstico e promover uma intervenção assertiva, repercutindo em toda vida acadêmica, social e futuramente laboral.

Referências

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4 ed.). rev. trad. Cláudia Dornelles Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, E. (2003). Quadro clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em: L. A. Rohde, P. Mattos. *Princípios e Práticas em TDAH*. 75-83 Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista Neurología*, 48 (2), 101-106.
- Costa, D. I., Azambuja L. S., Portuguese M. W., & Costa J. C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 111-6.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Gomes, M., Palmmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. A. & Mattos, P. (2007). Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56 (2), 94-101.
- Graeff, R. L., & Vaz C. E. (2006). Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 269-76.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19 (3), 341-61.
- Kaefer, H. Avaliação psicológica no transtorno da atenção (2006) Em: N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo, *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp 87-102) Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Malloy-Diniz, L. F., Capellini, G. M., Malloy-Diniz, D. N. M., & Leite, W. B. (2008). Neuropsicologia no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em: D. Fuentes, L. Malloy-Diniz, C. Camargo, R. Cosenza (eds), *Neuropsicologia Teoria e Prática*. (pp. 241-255). Porto Alegre: Editora: Artmed.
- Marshall, R. M., Schafer, V. A., O'Donnell, L., Elliott, J., & Handwerk, M. L. (1999). Arithmetic disabilities and ADD subtypes: implications for DSM-IV. *Journal of Learning Disabilities*. 32 (3), 239-47.
- Martins, S., Tramontina, S., & Rohde, L. A. (2003). Integrando o processo diagnóstico. Em: L. A. Rohde, P. Mattos & cols, *Princípios e práticas em TDAH*. (pp. 151-160). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moraes, C. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – quadro clínico e comorbidades psiquiátricas. Em: S. M. Ciasca, S. D. Rodrigues, & C. A. Salgado, *TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. (pp. 37-53). Rio de Janeiro: Revinter.
- Page, R. H. (2002). *Analysis of specific attentional functions in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): implications for ADHD subtyping theory*. Dissertation. Graduate Faculty of The University of Georgia, Athens, EUA.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164, 942-8.
- Rizzuti, S., Sinnes, E. G., Scaramuzza, S. L., Freitas, L., Pinheiro, D., Palma, S. M., Mello, C. B., Miranda, M. C., Bueno, F. A., & Muskat, M. (2008). Clinical and Neuropsychological profile in a sample of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66 (4), 821-7.
- Rohde, L. A., Barbosa G., Tramontina S., & Polanczyk G. (2000) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 7-11.
- Rohde, L. A., Filho E. C., Benetti L., Gallois C., & Kieling C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(3), 124-31.
- Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 61-70.

- Simão, A. N. P., Toledo, M. M., & Ciasca, S. M. (2010). Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Em: S. M. Ciasca, S. D. Rodrigues, & C. A. Salgado, *TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. (pp. 23-36). Rio de Janeiro: Revinter.
- Simões, M. (2002). Utilizações da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes. *Revista Paidéia*, 12 (23), 113-32.
- Solanto, M. V., Gilbert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., Vail, L. & Newcorn, J. H. Neurocognitive Functioning in AD/HD, Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. (2007). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5) 729-44.
- Toledo, M. M. (2006). *Comparação do diagnóstico e resposta a um treino de atenção em crianças com os subtipos de transtorno e déficit de atenção/hiperatividade*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós Graduação em Ciência Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Vasconcelos, M. M., Werner J. J., Malhereiros A. F. A. Fampa, D., Lima N., Santos I. S. O., & Barbosa J. B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivo Neuro-Psiquiatria*, 61(1), 67-73.
- Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortés J.A., del Río-Carlos Y., Martínez-Wbaldo M.C., Poblano A. (2010). Executive dysfunction screening and intellectual coefficient measurement in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Arquivo Neuro-Psiquiatria*, 68 (4), 545-9.

Recebido em outubro de 2011

Aceito em abril de 2012

Gláucia Gabriela Bagattini de Souza: Psicóloga; Aprimoramento – Especialização em psicopedagogia aplicada à neurologia infantil. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.

Adriana Nobre de Paula Simão: Psicóloga; Mestre e Doutora em Ciências Médicas – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.

Ricardo Franco de Lima: Neuropsicólogo; Aprimoramento – Especialização em psicopedagogia aplicada à neurologia infantil. FCM-UNICAMP; Mestrando em Ciências Médicas – Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas

Sylvia Maria Ciasca: Neuropsicóloga; Livre-Docente em Neurologia Infantil – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.

Endereço para contato: gabri_bs@hotmail.com