



Iuri Victor Capelatto

FUNÇÕES COGNITIVAS E ASPECTOS EMOCIONAIS EM
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

CAMPINAS
2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

Iuri Victor Capelatto

FUNÇÕES COGNITIVAS E ASPECTOS EMOCIONAIS EM
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Orientador: Profa. Dra. Cíntia Alves Salgado Azoni.
Co-Orientador: Profa. Dra. Sylvia Maria Ciasca.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de Título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO IURI VICTOR CAPELATTO E ORIENTADO
PELA PROFA. DRA CÍNTIA ALVES SALGADO AZONI

A handwritten signature in black ink, appearing to read "C. Azoni", is positioned above a horizontal line. The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C17f Capelatto, Iuri Victor, 1981-
Funções cognitivas e aspectos emocionais em crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade / Iuri Victor Capelatto. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Cíntia Alves Salgado Azoni.
Coorientador: Sylvia Maria Ciasca.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. 2. Comorbidade. 3. Autoestima. I. Azoni, Cíntia Alves Salgado. II. Ciasca, Sylvia Maria, 1955-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Cognitive functions and emotional aspects in children with attention deficit and hyperactivity disorder

Palavras-chave em inglês:

Attention deficit and hyperactivity disorder

Comorbidity

Self-esteem

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Cíntia Alves Salgado Azoni [Orientador]

Arthur Melo e Kummer

Benito Pereira Damasceno

Data de defesa: 27-08-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

IURI VICTOR CAPELATTO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). CÍNTIA ALVES SALGADO AZONI

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). CÍNTIA ALVES SALGADO AZONI



2. PROF(A). DR(A). ARTHUR MELO E KUMMER



3. PROF(A). DR(A). BENITO PEREIRA DAMASCENO



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de agosto de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida esposa Lívia Lucena de Medeiros Capelatto, que, com seu amor incondicional, companhia e carinho, sempre me apoiou, compreendeu meus cansaços e ausências e ajudou efetivamente para que este trabalho acontecesse. Obrigado por sua dedicação. Sua paciência e seu carinho me deram forças para continuar e para manter-me firme no trabalho. Te amo!

Aos meus pais Ivan e Heloisa, que foram meus modelos na vida, que me ensinaram o carinho, a dedicação, a honestidade, ensinaram-me sobre a vida e sobre a psicologia, e estiveram ao meu lado, compreendendo meus estresses e cansaços, e que sempre me deixaram orgulhoso de seus feitos. Tudo o que sou, devo a vocês. Espero retribuir a felicidade que me proporcionaram a vida toda. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

“O sonho é a satisfação de que o desejo se realize”

(Sigmund Freud)

Primeiro, agradeço a Deus por seu Amor infinito e proteção, auxiliando-me em cada parte de minha vida e dando forças para continuar a caminhada.

À minha querida orientadora e amiga Dra. Cíntia Alves Salgado Azoni, que me deu a honra e a confiança em ser seu primeiro mestrando. Sua paciência, ajuda e apoio foram cruciais para que este trabalho ocorresse. Com você aprendi muito e posso dizer que cresci como pessoa e como pesquisador. Obrigado por ter sempre acreditado em mim!

À minha querida coorientadora Dra. Sylvia Maria Ciasca, que me acolheu na Unicamp como um filho, inseriu-me no mundo da pesquisa e abriu-me novos horizontes na vida. Obrigado por acreditar em meu potencial e por incentivar meu crescimento profissional. E também ao seu marido Paulo, que com sua alegria contagiante e apoio constante, sempre nos motiva e alegra.

Ao meu irmão Igor Alexandre Capelatto e à minha cunhada Kamilla Mesquita, que também compartilharam esses anos de Mestrado, compreendendo todo esforço e dando o suporte tão necessário e importante que é nossa família.

A todos os amigos do DISAPRE-Unicamp e CIAPRE: Profa. Dra. Maria Valeriana de Moura Ribeiro, Dra. Adriana Nobre de Paula Simão, Dra Sônia das Dores Rodrigues, Dra. Márcia Maria Toledo, Dra. Maria de Lourdes M. Tabaquim, Dra. Dagma V. Marques Abramides, Dra. Patrícia Abreu P. Crenitte, Dr. Silvyo D. Araújo Giffoni, Profa. Carolina Camargo de Oliveira, Profa. Tais de Lima Ferreira,

Prof. Ricardo Franco de Lima, Carolina Rabelo Araújo, Isabela Heinemann, Mariana SanJorge de Castro, Dr. Fernando Zezza, Flávia Frare, Dr. Cesar de Moraes, Dr. Sérgio Nolasco Hora das Neves, Dr. Walter Fernandes, Dr. Clay Brites, Dra. Mirian de Cesaro Revers Biasão. Obrigado pelos compartilhamentos nos estudos e pelo apoio nos atendimentos.

A todos os aprimorandos/amigos que me ajudaram com a avaliação de base e com o encaminhamento dos pacientes para a pesquisa: Mariana Coelho Carvalho, Taciana Pires, Gabriela Bagattini, Rafael Pierini, Gabriela Navarro, Rauni Alves, Talita Almeida, Ana Paula Lacerda, Francislaine Flâmia, Laura Ferruci, Débora Cristina Campos, Isabela Oliveira.

A todas as enfermeiras do Ambulatório de Neuro-Dificuldades de Aprendizagem: Solaine Scabello, Cida Querino, Isilda Assumpção, Ivonilde Martins, Mônica Santiago, que sempre, com muito carinho, recebiam-me toda sexta, assim como recebiam todos os pacientes com muita paciência e prontidão a ajudar.

A Solange Bonin, secretária do departamento de neurologia, que sempre me ajudou em todos os detalhes burocráticos, que me apoiou quando não sabia como proceder. Sua pró-atividade e capacidade de trabalho (sempre com sorriso no rosto) é um exemplo para todos nós!

A Cecília Hirata Godoy, que, antes de se aposentar, me ajudou muito com as inscrições nas aulas como aluno especial e permitiu meu crescimento dentro da neurologia.

A todos do Programa de Pós-Graduação de Ciências Médicas da FCM-Unicamp, principalmente à Marcinha, pelo apoio oferecido.

Aos membros da banca Prof. Dr. Arthur Melo e Kummer e Prof. Dr. Benito Pereira Damasceno, e da pré-banca, Prof. Dr. Marcondes Cavalcante França Junior e Prof. Dr. Erasmo Barbante Casella, que contribuíram com excelentes colocações para a versão final da pesquisa.

A todos da Escola Estadual Adiwalde de Oliveira Coelho que me receberam para a coleta do grupo controle com muito carinho e simpatia. Em especial à Lucelena (coordenadora), quem primeiro abriu as portas da escola para a pesquisa; à diretora Silvana, que abraçou prontamente o trabalho e permitiu que ele ocorresse em sua escola; ao vice-diretor Rogério que apoiou meu trabalho; aos professores que auxiliaram na seleção do grupo controle; aos funcionários que sempre estiveram prontos a ajudar quando precisei; e aos alunos e suas famílias, que aceitaram participar da pesquisa e demonstravam alegria quando chamados a realizar os testes.

Ao estatístico Euro, que, com muita capacidade e disponibilidade, usou seus conhecimentos e fez um brilhante trabalho estatístico.

A todos meus pacientes e seus familiares, que se disponibilizaram para o estudo e confiaram em meu trabalho.

Por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este estudo acontecesse, meu eterno muito obrigado por me ajudarem a transformar um desejo em realidade.

“O êxito na vida não se mede pelo caminho
que você conquistou, mas sim pelas
dificuldades que superou no caminho”
(Abraham Lincoln)

RESUMO

RESUMO

Este estudo objetivou comparar o desempenho nas funções cognitivas, os aspectos emocionais e as comorbidades entre crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção. Fizeram parte do estudo 41 crianças, na faixa etária entre 8 e 14 anos, divididas em Grupo de Estudo (GE), com 21 crianças com TDAH, e em Grupo Controle (GC), com 20 crianças sem queixas de dificuldades de atenção e/ou de aprendizagem. Para a avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC III); Teste de Cancelamento com Lápis e Papel; *Trail Making Test*; *Stroop Color Word Test*; Torre de Londres; Teste Wisconsin de classificação de cartas; Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE); Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ); *Children's Depression Inventory* (CDI); *Child Behavior Checklist* (CBCL/4-18). Os resultados apontaram que, na avaliação cognitiva, as crianças com TDAH apresentaram desempenho inferior nos testes de atenção sustentada visual e auditiva, de atenção alternada, de atenção seletiva visual, de memória imediata auditiva, de flexibilidade mental, de capacidade de planejamento e de antecipação de ações. Quanto aos aspectos emocionais, as crianças com TDAH, quando comparadas ao grupo controle, apresentaram pior desempenho na autoestima e no autoconceito social, porém no resultado geral de autoconceito, não houve diferença entre os grupos. Também não houve diferenças significativas para a sintomatologia depressiva no resultado geral, porém crianças com TDAH demonstraram maiores diferenças na autoavaliação de desempenho, em

sentimentos de culpa e na dificuldade para dormir. Em relação às comorbidades, crianças com TDAH apresentaram piores resultados quanto ao resultado geral no CBCL. Não houve correlação significativa entre os aspectos emocionais e as funções cognitivas no grupo de crianças com TDAH na avaliação geral dos resultados. Os dados sugerem que crianças com TDAH apresentaram desempenho inferior na atenção visual, na memória auditiva, nas funções executivas, demonstraram pior autoestima, sentimentos de culpa, dificuldade para dormir e maiores comorbidades, principalmente quando relacionadas a problemas sociais e à atenção.

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; atenção; cognição; autoestima; autoconceito.

ABSTRACT

ABSTRACT

This study aimed to compare the performance in cognitive functions, emotional aspects and comorbidities of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and children without learning disabilities and / or attention deficits. The study included 41 children, aged between 8 and 14 years old, divided into study group (GE), with 21 children with ADHD and Control Group (GC), with 20 children without complaints of attention and/or learning difficulties. For evaluation, the following instruments were used: Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC III); Cancellation Test with Pencil and Paper; Trail Making Test, Stroop Color Word Test, Tower of London, Wisconsin Card Sorting Test; Self-Esteem Multidimensional Scale (EMAE); Self Concept Scale for Children and Youth (EAC-IJ), Children's Depression Inventory (CDI), Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). In the cognitive evaluation, children with ADHD showed poorer performance on tests of visual and auditory sustained attention, alternating attention, visual selective attention, immediate auditory memory, mental flexibility, planning capacity and anticipation of actions. As for the emotional aspects, children with ADHD, compared to the control group, presented poorer performance on self-esteem and social self-concept, but in general results of self-concept there was no difference between the groups. There was also no significant differences in depressive symptomatology in the general result, but children with ADHD showed greater impact on performance self-evaluation, in feelings of guilt and sleeping difficulties. Regarding comorbidities, children with ADHD presented worse results as the overall result in CBCL. There was no

significant correlation between the emotional and cognitive functions among children with ADHD in the general evaluation of the results. The data suggest that children with ADHD had underperformed in visual attention, auditory memory, executive functions, worse self-esteem, feelings of guilt, sleeping difficulties and more comorbidities, mainly related to Attention and Social Problems.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder; attention; cognition; self-esteem; self-concept.

LISTA DE ABREVIATURAS

CBCL	Child Behavior Checklist
CDI	Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory)
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – versão 10
DISAPRE	Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e da Atenção
DP	Desvio-Padrão
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
E	Erros
EO	Erros por Omissão
EC	Erros por Comissão
EA	Erros de Alternância
ENP	Erros não perseverativos
ENP-P	Percentil dos erros não perseverativos
EP	Erros perseverativos
EP-P	Percentil dos erros perseverativos
ES	Erros de Sequência
EAC-IJ	Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil
EMAE	Escala Multidimensional de Autoestima
Fac	Facilitação
FE	Funções Executivas
FMC	Fracasso ao manter o contexto
GC	Grupo controle
GE	Grupo de Estudo

Int	Interferência
M	Média
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
N	Número de sujeitos no grupo
NCC	Número de categorias completadas
NEA	Número de ensaios administrados
NTE	Número total de erros
NTE-P	Percentil do total de erros
PE	Percentual de erros
PE-P	Percentil do percentual de erros
RD	Índice de Resistência à Distração do WISC-III
RNC	Respostas de nível conceitual
RNC-P	Percentil das respostas de nível conceitual
RP	Respostas perseverativas
RP-P	Percentil das respostas perseverativas
SCWT	<i>Stroop Color Word Test</i>
SCWT-C	<i>Stroop Color Word Test – Cartão Cores</i>
SCWT-P	<i>Stroop Color Word Test – Cartão Palavras</i>
SCWT-CP	<i>Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
T	Tempo
TC	Teste de Cancelamento com Lápis e Papel
TC-FG	Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – Figuras Geométricas

TC-LF	Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – Letras em Fileiras
T. Cond.	Transtorno de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDO	Transtorno Desafiador-Opositor
TMT	<i>Trail Making Test</i>
ToL	Torre de Londres
VP	Índice de Velocidade de Processamento do WISC-III
WCST	Teste Wisconsin de classificação de cartas
WISC-III	Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – Terceira Edição

LISTA DE TABELAS

	PÁG
Tabela 1 - Funções cognitivas e sua importância em diferentes aspectos da vida.....	55
Tabela 2 - Caracterização da amostra.....	106
Tabela 3 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação aos subtestes do WISC-III.....	107
Tabela 4 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação aos índices do WISC-III.....	108
Tabela 5 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao TC.....	109
Tabela 6 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao TMT A.....	110
Tabela 7 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao TMT B	111
Tabela 8 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao Stroop	112
Tabela 9 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao ToL....	113
Tabela 10 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao WCST	116
Tabela 11 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação à EMAE..	119
Tabela 12 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação à EAC-IJ – resultados totais.....	120
Tabela 13 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação à EAC-IJ – Quartil.....	121
Tabela 14 - Comparação entre os grupos GE e GC em relação ao CDI....	123
Tabela 15 - Comparação dos grupos GE e GC em relação às escalas do CBCL.....	125

	PÁG
Tabela 16 - Comparação dos grupos GE e GC no CBCL.....	126
Tabela 17 - Relação entre as variáveis EMAE e os subtestes do WISC-III no GE.....	128
Tabela 18 - Relação entre as variáveis do EMAE e os índices do WISC- III no GE.....	130
Tabela 19 - Relação entre as variáveis do EMAE e o TC.....	131
Tabela 20 - Relação entre as variáveis do EMAE e o TMT-A.....	132
Tabela 21 - Relação entre as variáveis EAC-IJ e os subtestes do WISC- III no GE.....	133
Tabela 22 - Relação entre as variáveis EAC-IJ e os índices do WISC-III no GE.....	133
Tabela 23 - Relação entre as variáveis EAC-IJ e o TC.....	134
Tabela 24 - Relação entre as variáveis EAC-IJ e o TMT-A.....	134
Tabela 25 - Relação entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e os subtestes do WISC-III no GE.....	135
Tabela 26 - Relação entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e os índices do WISC-III no GE.....	136
Tabela 27 - Relação entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e o TC.....	137
Tabela 28 - Relação entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e o TMT-A.....	137
Tabela 29 - Relação entre as variáveis do CBCL e os subtestes do WISC-III no GE.....	139

Tabela 30 - Relação entre as variáveis do CBCL e os índices do WISC-III no GE.....	140
Tabela 31 - Relação entre as variáveis do CBCL e o TC.....	141
Tabela 32 - Relação entre as variáveis do CBCL e o TMT-A.....	142
Tabela 33 - Relação entre as variáveis do EMAE e o TMT-B.....	144
Tabela 34 - Relação entre as variáveis do EMAE e o Stroop no GE.....	145
Tabela 35 - Relação entre as variáveis do EMAE e o ToL no GE.....	146
Tabela 36 - Relação entre as variáveis do EMAE e do Wisconsin no GE...	147
Tabela 37 - Relação entre as variáveis do EAC-IJ e o TMT-B.....	148
Tabela 38 - Relação entre as variáveis do EAC-IJ e o Stroop no GE.....	149
Tabela 39 - Relação entre as variáveis do EAC-IJ e o ToL no GE.....	149
Tabela 40 - Relação entre as variáveis do EAC-IJ e do Wisconsin no GE.	150
Tabela 41 - Relação entre as variáveis do CDI e o TMT-B.....	151
Tabela 42 - Relação entre as variáveis do CDI e o Stroop no GE.....	152
Tabela 43 - Relação entre as variáveis do CDI e o ToL no GE.....	152
Tabela 44 - Relação entre as variáveis do CDI e do Wisconsin no GE.....	154
Tabela 45 - Relação entre as variáveis do CBCL e o TMT-B.....	155
Tabela 46 - Relação entre as variáveis do CBCL e o Stroop no GE.....	156
Tabela 47 - Relação entre as variáveis do EMAE e o TOL no GE.....	157
Tabela 48 - Relação entre as variáveis do CBCL e do Wisconsin no GE...	159

LISTA DE FIGURAS

	PÁG
Figura 1 - Áreas cerebrais envolvidas nas funções cognitivas.....	54
Figura 2 - Funções executivas e termos correlatos.....	61
Figura 3 - Modelo de dissipação passiva sobre a relação tempo e resposta em tarefas inibitórias.....	72
Figura 4 - Composição da amostra.....	90

SUMÁRIO

	PÁG
RESUMO.....	17
ABSTRACT	21
1. INTRODUÇÃO.....	47
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	51
2.1 Funções cognitivas	53
2.1.1 Atenção	56
2.1.2 Memória	58
2.1.3 Funções executivas	60
2.2 Aspectos emocionais	63
2.2.1 Autoestima e autoconceito	64
2.2.2 Sintomatologia depressiva	66
2.3 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade– TDAH	68
2.4 TDAH, funções cognitivas e aspectos emocionais	71
3. OBJETIVOS	77
3.1 Objetivo geral	79
3.2 Objetivos específicos	79
4. MATERIAL E METODOLOGIA	81
4.1 Desenho do estudo	83
4.2 Participantes	85
4.2.1 Grupo de estudo (GE)	85
4.2.2 Grupo controle (GC)	88
4.3 Instrumentos para coleta de dados	90

	PÁG
4.3.1 Avaliação de atenção e memória auditiva	90
4.3.2 Avaliação das funções executivas	93
4.3.3 Avaliação de autoestima e autoconceito	96
4.3.4 Avaliação da sintomatologia depressiva	99
4.3.5 Avaliação de critérios de comorbidades	99
4.4 Procedimentos	101
5. RESULTADOS	103
5.1 Caracterização da amostra	106
5.2 Avaliação de atenção e memória auditiva	107
5.3 Avaliação das funções executivas	110
5.4 Avaliação de autoestima e autoconceito	117
5.5 Avaliação da sintomatologia depressiva	122
5.6 Avaliação de critérios de comorbidades	124
5.7 Relação entre as funções cognitivas e emocionais no GE	126
5.7.1 Relação entre atenção e memória X aspectos emocionais no GE.....	127
5.7.2 Relação entre funções executivas X aspectos emocionais no GE	143
6. DISCUSSÃO	161
6.1 Caracterização da amostra	163
6.2 Avaliação de atenção e memória auditiva	165
6.3 Avaliação das funções executivas	167
6.4 Avaliação de autoestima e autoconceito	171
6.5 Avaliação da sintomatologia depressiva	176

	PÁG
6.6 Avaliação de critérios de comorbidades	179
6.7 Relação entre as funções cognitivas e emocionais no GE	180
7. CONCLUSÕES	185
8. REFERÊNCIAS	191
9. ANEXOS	205
9.1 ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	207
9.2 ANEXO 2: Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ...	208
9.3 ANEXO 3: WISC-III: folha de respostas.....	211
9.4 ANEXO 4: Teste de Cancelamento com Lápis e Papel.....	212
9.5 ANEXO 5: <i>Trail Making Test</i>	213
9.6 ANEXO 6: <i>Stroop Color Word Test</i>	214
9.7 ANEXO 7: Protocolo de Registro dos Escores.....	215
9.8 ANEXO 8: Torre de Londres.....	216
9.9 ANEXO 9: <i>Wisconsin Card Sorting Test</i>	217
9.10 ANEXO 10: Escala Multidimensional de Auto-Estima.....	218
9.11 ANEXO 11: Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil.....	219
9.12 ANEXO 12: Inventário de Depressão Infantil – CDI.....	220
9.13 ANEXO 13: CBCL/6-18.....	221
9.14 ANEXO 14: Tabela 10. Wisconsin completa	222
9.15 ANEXO 15: Tabela 14. CDI completa.....	224
9.16 ANEXO 16: Tabela 15. Escalas do CBCL completa.....	226
9.17 ANEXO 17: Tabela 34. Correlação EMAE e Stroop completa....	227
9.18 ANEXO 18: Tabela 36. Correlação EMAE e Wisconsin completa	229

9.19 ANEXO 19: Tabela 38. Correlação EAC-IJ e Stroop completa...	231
9.20 ANEXO 20: Tabela 40. Correlação EAC-IJ e Wisconsin completa	232
9.21 ANEXO 21: Tabela 42. Correlação CDI e Stroop completa.....	233
9.22 ANEXO 22: Tabela 44. Correlação CDI e Wisconsin completa..	234
9.23 ANEXO 23: Tabela 46. Correlação CBCL e Stroop completa....	235
9.24 ANEXO 24: Tabela 48. Correlação CBCL e Wisconsin Completa	236

1 - INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio estudado há muito tempo e considerado um dos transtornos da infância mais descritos na pediatria mundial, repercutindo na vida social e escolar. Estudos nessa área geralmente buscam aprimorar o conhecimento do transtorno, a fim de viabilizar avaliação e tratamento adequados e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Ainda assim, faltam estudos que demonstrem se ocorre a interferência emocional deste transtorno em crianças da população brasileira e se há relação entre esta influência e o desempenho em funções cognitivas como a atenção e as funções executivas (FE).

Este estudo surgiu da necessidade observada de que muitos artigos científicos internacionais descrevem a baixa autoestima e o baixo autoconceito de crianças com TDAH, porém há poucas publicações nacionais que demonstrem esse fato. Para isso, foram selecionados testes que avaliassem essas questões emocionais. Além disso, foi escolhido um teste que avaliasse a sintomatologia depressiva e outro instrumento que avaliasse tanto aspectos internalizantes (ansiedade, depressão, queixas somáticas) como externalizantes (problemas sociais, de pensamento, de atenção, comportamento delinquente e comportamento agressivo). Desta forma, foi possível levantar possíveis comorbidades psicológicas/comportamentais surgidas nas crianças deste estudo.

Sendo o TDAH um transtorno que envolve déficits em tarefas que exigem atenção e funções executivas, optou-se também por testes que avaliassem as

capacidades cognitivas, especialmente a atenção, a memória e as funções executivas.

Desse modo, o trabalho se inicia com a Revisão de Literatura, que aborda as funções cognitivas específicas da atenção, memória e funções executivas. No capítulo seguinte é feita uma revisão do conceito dos aspectos emocionais da autoestima, do autoconceito e da sintomatologia depressiva. Finalmente, o item seguinte aborda o TDAH, com sua definição, características, subtipos e etiologia. Posteriormente, é descrita a relação entre TDAH, funções cognitivas e aspectos emocionais.

Ao longo deste estudo são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos; o método, com os participantes, os materiais, o contexto e os procedimentos utilizados. Na sequência são apresentados os resultados e, posteriormente, são feitas as discussões sobre os dados. Por fim, as conclusões são descritas de acordo com as hipóteses levantadas pelo estudo; as referências citadas durante todo o trabalho; os apêndices e os anexos de acordo com a sequência dos dados.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Funções cognitivas

As funções cognitivas (também conhecidas como funções corticais superiores ou funções psíquicas complexas) envolvem várias capacidades, como atenção, percepção, praxias, gnosias, linguagem, memória e funções executivas. Essas funções corticais superiores não podem ser localizadas em um único local cerebral, pois dependem da atividade da pessoa e de sua interação social e linguística (1,2).

As funções cognitivas estão relacionadas à grande maioria dos comportamentos humanos, dos mais simples às atividades cerebrais mais elaboradas que são necessárias para o sujeito resolver determinado problema. Esse sistema funcional é característico das formas mais complexas da atividade mental (1).

O conceito de sistema funcional complexo inclui papéis diferenciados e interativos de regiões pré-frontais (dorsolateral, orbital, ventral e cíngulo anterior), como também os córtex parietal, occipital e temporal, núcleo da base, hipocampo, amígdala cerebral, ínsula, hipotálamo e tronco cerebral (Figura 1) (3,4).

Um sistema funcional complexo não se diferencia apenas pela complexidade de suas estruturas, mas também pela mobilidade das partes que o constituem, ou seja, mesmo que a tarefa original e o resultado final sejam o mesmo, a maneira como a tarefa será desempenhada pode variar (1).

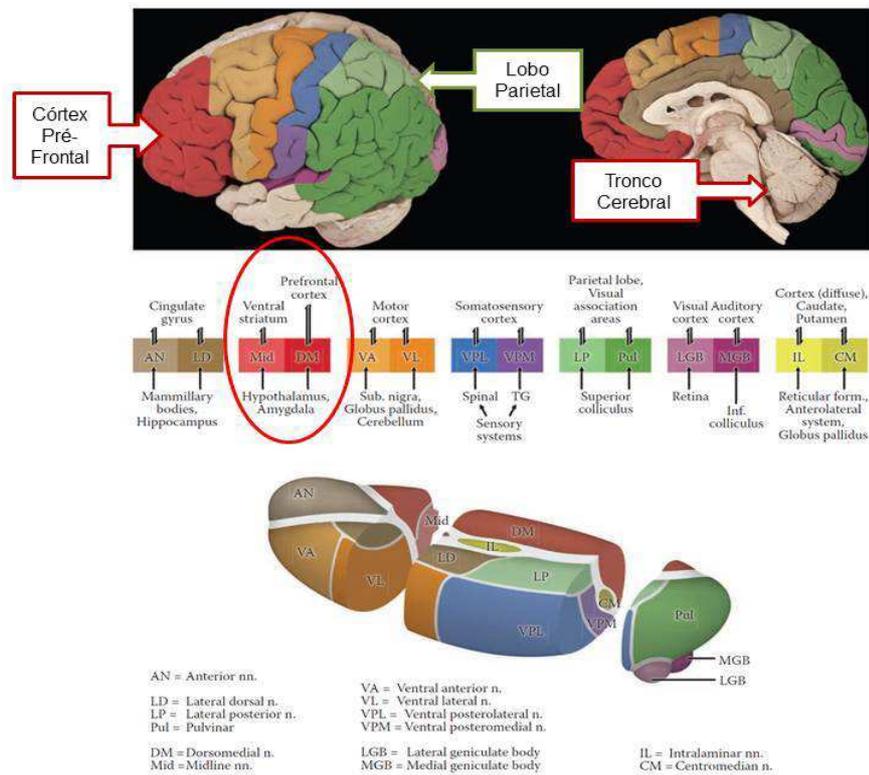


Figura 1. Áreas cerebrais envolvidas nas funções cognitivas¹.

Legenda: Área circulado em vermelho demonstra as relações entre o estriado ventral, córtex pré-frontal com a amígdala e hipotálamo, áreas essas envolvidas nas funções cognitivas.

As funções cognitivas envolvem várias funções necessárias e essenciais para a saúde física e mental, para o sucesso na escola e na vida e para o desenvolvimento social, cognitivo e psicológico (6), conforme demonstra a Tabela 1.

¹ Figura adaptada de Hendelman, p. 171 (5)

Tabela 1. Funções cognitivas e sua importância em diferentes aspectos da vida.

Aspectos da vida	Relevância das funções cognitivas nos aspectos da vida
Saúde Mental	Déficits nas funções cognitivas estão relacionados a vários transtornos mentais, entre eles: - dependências a drogas (lícitas e ilícitas); - TDAH - Transtorno de Conduta - Depressão Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) - Esquizofrenia
Saúde Física	Déficits nas funções cognitivas são associados à obesidade, à compulsão alimentar, ao abuso de substâncias e à dificuldade a manter os tratamentos.
Qualidade de Vida	Pessoas com funções cognitivas bem desenvolvidas obtêm melhor qualidade de vida, com melhor aproveitamento dessa.
Aptidão escolar	Funções executivas são mais importantes para a preparação para a vida escolar do que o QI, nível de leitura para a série escolar ou matemática.
Sucesso escolar	Funções cognitivas predizem competências tanto em matemática como em leitura através dos anos escolares.
Sucesso profissional	Déficits nas funções cognitivas levam a uma baixa produtividade e à dificuldade em encontrar e em se manter em um trabalho.
Harmonia no casamento	Um parceiro com déficits nas funções cognitivas pode tornar mais difícil a convivência, menos confiável e/ou mais propenso a agir impulsivamente.
Segurança pública	Déficits nas funções cognitivas levam a problemas sociais (incluindo crimes, comportamentos imprudentes, violência e explosões emocionais).

(Adaptado de Diamond) (6).

Resumindo, as funções cognitivas podem ser definidas como estruturas da mente humana utilizadas para conhecer e para interagir com o mundo. Neste capítulo, são abordadas algumas delas, como a atenção, a memória e as funções executivas (FE).

Tendo em vista a importância dessas funções cognitivas, foram selecionadas para este estudo as funções de atenção (sustentada, seletiva e alternada), a memória imediata auditiva, a capacidade de planejamento e antecipação de ações e a flexibilidade mental, que serão melhores descritas a seguir.

2.1.1 Atenção

A atenção pode ter muitos significados, como estar desperto, consciente e atento. A atenção, como estado de vigília, está relacionada ao tronco encefálico e é oposta ao estado de sono. Nesse caso, está relacionada ao conceito de alerta, referente ao estado geral de sensibilização dos órgãos do sentido, estabelecimento e manutenção do tônus cortical para recepção adequada dos estímulos (1,7,8).

A atenção, como conceito neuropsicológico, está relacionada a um mecanismo cerebral cognitivo que possibilita à pessoa processar informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignora os outros estímulos irrelevantes ou dispersivos, ou seja, é a capacidade de seleção e de focalização do alerta sobre os processos mentais e neurobiológicos (1,7,8).

Esse conceito pode ser dividido didaticamente em atenção seletiva (capacidade de discriminação entre estímulos relevantes e irrelevantes),

sustentada (capacidade de manter o foco atencional em um determinado estímulo, por um período de tempo, para executar uma tarefa); alternada (capacidade de alternar o foco atencional entre diferentes estímulos externos, internos) e dividida (divisão do foco atencional para o desempenho de duas tarefas simultaneamente) (9,10,11).

A atenção seletiva envolve a capacidade de controle inibitório (uma das principais funções executivas), que é a habilidade de controlar a própria atenção, o comportamento, os pensamentos e as emoções para realizar um determinado objetivo, inibindo predisposições internas ou atrações externas. Assim, dá a possibilidade ao ser humano de fazer escolhas, de mudar seu modo de reagir ou de se comportar frente a uma situação, em vez de meramente agir por hábito (6).

A atenção seletiva envolve o sistema pré-frontal-parietal (também envolvido na atenção sustentada e na memória de trabalho) que ajuda a selecionar os estímulos relevantes e a ignorar os irrelevantes (6).

Outro aspecto do processo de inibição é a inibição cognitiva, que é a capacidade de suprimir representações mentais (pensamentos e memórias) não desejadas no momento e de resistir a interferências de informações adquiridas anteriormente ou apresentadas posteriormente. Necessita do autocontrole sobre o próprio comportamento e do controle das emoções que controlam os comportamentos (6).

As atenções sustentada e seletiva, na prática, não podem ser separadas, pois uma vez selecionado o estímulo dentre todos disponíveis - atenção seletiva-, esse deverá se manter no foco atencional - atenção sustentada (9,10,11,12).

2.1.2 Memória

A memória é objeto de estudo há muito tempo e é essencial para a aprendizagem. Tanto que se sabe que, para aprender, é necessário criar uma nova memória ou reforçá-la por repetição. O aprendizado pode ser consciente ou inconsciente (7).

As memórias são tão importantes para a vida que influenciam a formação da personalidade. Uma pessoa ou animal criado em um ambiente amedrontador tornar-se-á mais medroso, lutador ou ressentido, enquanto que outro, criado em um ambiente agressivo, poderá se tornar agressivo. O mesmo ocorre na formação da cultura e até da linguagem, que, embora dependam da memorização do indivíduo, são influenciadas pelo ambiente (13).

Para memorizar é necessário acontecer uma sequência, que pode ser dividida, de forma didática, em codificação, aquisição, consolidação, armazenamento e evocação. A memorização começa com o processamento de uma nova informação, etapa essa chamada de codificação. Após isso, é necessário registrar essas informações em “arquivos sensoriais” e análise sensorial, referente à aquisição da informação: chamado popularmente de “aprendizagem”. A consolidação envolve a fortificação da representação dessa informação com o passar do tempo, e o armazenamento, que é o resultado da aquisição e da consolidação, acontecendo, enfim, o registro permanente dos dados (o que se tem por memorizar no conceito popular). Para saber se esse processo ocorreu, é necessário que haja a última etapa, a evocação, quando a informação armazenada é resgatada para a consciência, seja para criar uma representação consciente, seja para realizar um comportamento aprendido (7,13).

Para que ocorra a aquisição e a evocação de qualquer memória, é fundamental a memória de trabalho ou operacional, - responsável por manter a informação recebida disponível enquanto está sendo percebida e/ou processada - pois ela garante a manutenção, o controle e a manipulação da informação dirigida a uma meta. Esse tipo de memória de trabalho utiliza áreas do córtex pré-frontal e suas conexões com o córtex entorrinal, hipocampo e amígdala cerebral e permite habilidades como raciocínio, planejamento, resolução de problemas e comportamento dirigido a metas (13,14). O conceito de memória de trabalho será mais bem explicitado no subitem funções executivas.

Como a memória tem um componente temporal, pode-se dividi-la em memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo. Memória sensorial tem duração de milissegundos ou segundos e refere-se a uma lembrança de algo que foi visto ou ouvido no mesmo momento, mesmo que não se estivesse prestando atenção a essa informação. Memória de curto prazo tem duração de segundos a minutos, como a lembrança de uma sequência de números que acabou de ser ouvida e foi repetida na sequência. Memória de longa duração ou longo prazo tem duração de horas, dias ou anos, nesse último caso chamada também de memória remota, propicia uma aprendizagem duradoura (7,13).

As memórias de curto e de longo prazo funcionam em sistemas de armazenamento diferentes. Na memória de curto prazo, há um grande efeito de facilitação no armazenamento quando há semelhança fonológica entre os estímulos, porém mais fácil para ser esquecido. Já quando há semelhança semântica, o efeito é menor, porém ainda significativo (em relação a estímulos sem semelhanças), mas vale ressaltar que, nesse caso, é mais fácil para o

estímulo se manter por mais tempo na memória. Na memória de longo prazo, há uma inversão, ocorre um melhor efeito de facilitação no armazenamento quando há semelhança semântica (15).

2.1.3 Funções executivas (FE)

Funções executivas (FE) podem ser consideradas “um conjunto de operações mentais que organizam e direcionam os diversos domínios cognitivos categoriais para que funcionem de maneira biologicamente adaptativa” (16, p. 289), ou seja, a habilidade de aplicar no dia a dia as capacidades cognitivas categoriais que o indivíduo possui, com objetivos a curto, médio e longo prazo, permitindo-lhe desenvolver uma autonomia. As FE permitem que os comportamentos, os pensamentos e as emoções sejam ajustados, habilitando, assim, o autocontrole, conforme mostra a Figura 2 (14).

As funções executivas envolvem várias operações cognitivas, como memória de trabalho, inibição cognitiva (atenção seletiva), flexibilidade mental, planejamento cognitivo e capacidade de autorregulação dos processos mentais e comportamentais, exigindo respostas rápidas a novos problemas (16,6).

Essas funções ocorrem por meio das redes executivas frontais, ou seja, abrangem várias áreas corticais (principalmente áreas frontais), cerebrales e subcorticais que fazem conexões com os lobos frontais. Resumindo, o desempenho executivo é organizado em redes neurais distribuídas por alças córtico-subcorticais (16).

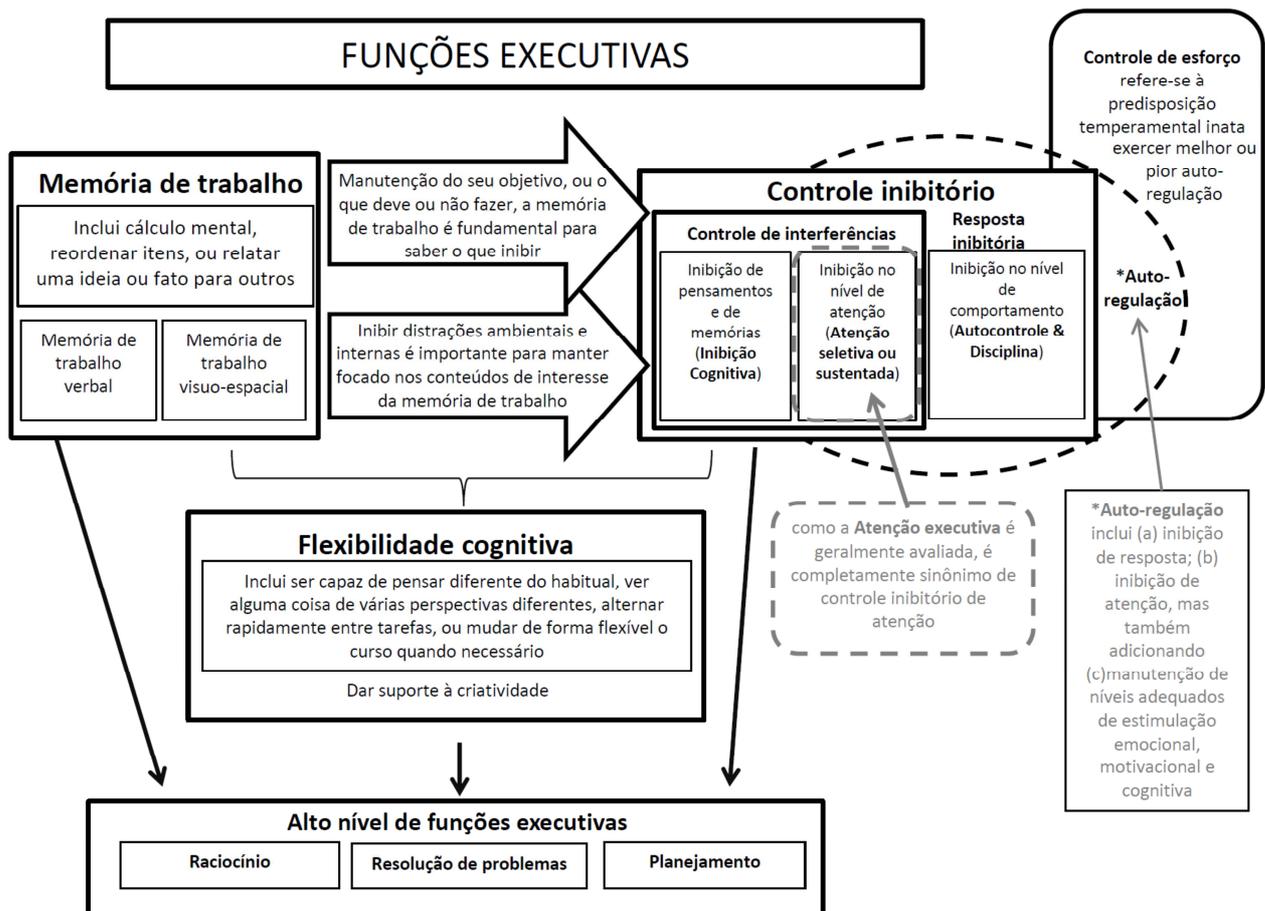


Figura 2. Funções executivas e termos correlatos².

Existem três FE que são centrais e as mais estudadas: o controle inibitório (que inclui o autocontrole, a atenção seletiva e inibição cognitiva), a memória de trabalho e a flexibilidade mental (ou flexibilidade cognitiva, que envolve respostas a mudanças do estímulo, e que tem ligação íntima com a criatividade) (6).

Uma das principais funções executivas é a capacidade de inibir estímulos irrelevantes e de focar nos estímulos relevantes (atenção seletiva). Esse controle inibitório regula o comportamento, a atenção, o pensamento e/ou as emoções para facilitar a atenção no estímulo necessário, ignorando predisposições internas ou estímulos atrativos do ambiente (6).

² Figura adaptada de Diamond (6)

Crianças que apresentam melhor controle inibitório, por exemplo, aquelas que sabem esperar a sua vez, que apresentam menos distrações, que são mais persistentes e menos impulsivas, serão adolescentes que mais provavelmente não abandonarão a escola, terão menores chances de tomar decisões de risco, de fumar ou de fazer uso de drogas. Na vida adulta, terão mais chances de apresentar uma saúde mental e física melhor, de receber salários melhores e de não se envolver em situações ilegais, além de serem mais felizes (17,6).

Outra função executiva crucial é a flexibilidade mental (ou flexibilidade cognitiva), que envolve a capacidade de mudar de perspectivas, de pensar ou de agir (mudar atos e/ou estratégias), ou seja, ser capaz de responder a uma estimulação de modo diferente do que estava sendo feito, por conta da mudança de contexto ou da prioridade, avaliando o *feedback* de seu desempenho. A flexibilidade cognitiva é adquirida pela experiência e está relacionada à criatividade (12,6).

Um dos testes mais antigos que avalia a flexibilidade cognitiva é o *Wisconsin Card Sorting Test*, um teste clássico das funções do córtex pré-frontal (6).

Outra importante função executiva é a memória de trabalho, que envolve a capacidade de manter a informação na mente e trabalhar com ela, seja para fazer relações, para resolver um problema, para reorganizar a informação ou outros raciocínios. A memória de trabalho difere da memória de curto prazo, pois enquanto esta é simplesmente o armazenamento temporário da informação, a memória de trabalho envolve a combinação de armazenamento e de manipulação desta informação (15,6).

Além das funções citadas, encontra-se entre as funções executivas a capacidade de planejamento mental, que é uma sequência de comportamentos dirigidos a um objetivo, função do córtex pré-frontal (7,12).

Para executar uma tarefa, é necessário perceber primeiro em qual parte da tarefa a pessoa está, depois onde pretende chegar, ou seja, qual resultado quer obter e, finalmente, qual o melhor modo para conseguir o resultado pretendido. Para isso, o indivíduo necessita primeiro refletir sobre as etapas que deve realizar antes de iniciar a ação, para depois elaborar o plano de ação e as estratégias a serem usadas (12). Essa capacidade de planejamento aumenta de acordo com a idade, conforme demonstram várias pesquisas, entre elas a de Horta-Puricelli e Dansilio (18), que avaliaram essa função executiva de planejamento com os testes Torre de Londres e Teste de Antecipação Visual de Brixton, e demonstraram aumento ascendente e escalonado (não linear) das funções executivas entre 6 e 11 anos de idade.

2.2 Aspectos emocionais

As emoções são constituídas por componentes neurológicos, fisiológicos, comportamentais e subjetivos e estão intimamente ligadas às funções cognitivas, devido às influências que causam um no outro. Nos componentes neurológicos, as emoções estão relacionadas a diversas áreas cerebrais, entre elas o córtex pré-frontal (orbito-frontal e dorsolateral), amígdala cerebral e estruturas subjacentes (tálamo, hipotálamo e hipocampo, córtex cingulado e ínsula, com funções diretas ou indiretas). Essas estruturas e suas conexões estão vinculadas tanto a reações emocionais de alegria, tristeza, medo, raiva, etc., como ao

comportamento adotado nessas situações. É no córtex pré-frontal que se encontram os juízos críticos, como agir corretamente frente a frustrações, por exemplo. Os componentes fisiológicos envolvem reações viscerais, motoras, neurofisiológicas e endócrinas ante os estados e as respostas emocionais e também a ação do sistema nervoso autônomo. Os componentes comportamentais (de conduta) estão relacionados a respostas afetivas, a expressões faciais, gestos e a ações. E finalmente os componentes subjetivos relacionados à consciência que acompanha a emoção (7,19,20).

Neste trabalho, o foco dos aspectos emocionais restringir-se-á à autoestima, ao autoconceito e à sintomatologia depressiva, já que foram os aspectos levantados e avaliados nos participantes do estudo.

2.2.1 Autoestima e autoconceito

Estudos sobre o funcionamento das habilidades relacionadas com a competência emocional são escassos (22). Gobitta e Guzzo (23) afirmam que há pelo menos cinco justificativas para a necessidade de se desenvolver pesquisas com enfoque na autoestima: 1) é um construto mais complexo do que se supõe; 2) relaciona-se com o bem-estar psicológico e à saúde mental; 3) está relacionada, a sua ausência ou a sua queda, a muitos elementos mentais negativos, como depressão e suicídio; 4) é relevante para as ciências sociais; 5) é, atualmente, um conceito com elevada importância social.

Sisto e Martinelli (24) definem o autoconceito como um pressuposto multidimensional resultante da interação do ser humano com os ambientes com os quais se relaciona durante seu processo de construção social e ciclo de vida,

autoavaliando suas capacidades, realizações, experiências e representações. O autoconceito é desenvolvido ao longo da vida, iniciando-se na infância e relacionado diretamente à influência das opiniões dos outros. Esses autores ressaltam que autoconceito refere-se a um constructo mais amplo que autoestima, porque inclui aspectos cognitivos (conjunto de características com que a pessoa se descreve e que orienta seu modo de ser e de se orientar), afetivos (também colocada aqui como autoestima, referente ao afeto e às emoções que acompanham a descrição de si mesmo) e comportamentais (comportamentos influenciados pelo conceito que a pessoa tem de si mesma), enquanto a autoestima é vista como um componente mais avaliativo e limitado do autoconceito.

Ao mesmo tempo em que o autoconceito é formado e desenvolvido de acordo com as interações que a pessoa estabelece ao longo da vida, a forma como o conceito se desenvolve pode influenciar o seu bem estar e sentido de valor próprio, a construção da autoimagem e a capacidade de identificar e desenvolver as habilidades da criança. Segundo Correia, apud Simões e Menezes (25), cria-se um círculo perigoso, pois quanto piores forem o bem estar, a autoimagem e a autovalorização, pior será o autoconceito, o que levará a uma piora da autoimagem e, assim se segue.

Gobitta e Guzzo (23) citam a definição de autoestima de Coopersmith, que relaciona a autoestima com a avaliação que a pessoa faz em relação a si mesma, expressando aprovação ou desaprovação e indicando o quanto se considera capaz, importante e valioso. Assim, conceituam autoestima como um juízo de valor expresso mediante as atitudes que o indivíduo cultiva para si mesmo.

2.2.2 Sintomatologia depressiva

Todas as pessoas podem passar por sentimentos de tristezas e decepções ao longo da vida. Tristezas, assim como alegrias, fazem parte de uma vida psíquica normal. A tristeza é uma reação normal e universal a situações de perdas, derrotas, desapontamentos e outros problemas vivenciados (26). Porém algumas pessoas podem desenvolver alterações de humor mais graves, chamadas de “Transtornos de Humor”. Dentre esses, a depressão é um dos mais estudados.

Enquanto sintoma, a depressão surge em diversos quadros clínicos, como transtorno de estresse pós-traumático, demências, esquizofrenias, abuso de álcool, diversas doenças clínicas, além de vivências estressantes e situações sociais e econômicas adversas. Quando considerada um transtorno, a depressão, além das alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de prazer, apatia), envolve as alterações cognitivas, psicomotoras, o sono e o apetite (26).

Entre crianças e adolescentes, é de fundamental importância o estudo de aspectos depressivos, uma vez que o ambiente escolar pode facilitar o aparecimento desse comportamento, pois é ali que emergem sentimentos tanto positivos como negativos, e um baixo rendimento escolar, com sucessivos fracassos, pode desencadear uma sintomatologia depressiva (24,27).

Pessoas com sintomas depressivos podem relatar humor depressivo, com sentimentos de tristeza ou vazio, perda da capacidade de sentir prazer nas atividades, redução de interesse, sensação de fadiga, perda de energia, cansaços frequentes, lentidão motora, irritabilidade, ideação suicida, autodesvalorização e

sentimentos de culpa, com sensação de ser um peso à sua família e amigos, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões (26).

Sintomas depressivos podem levar a comprometimentos nos relacionamentos familiares e sociais, assim como no desenvolvimento cognitivo, escolar e emocional, propiciando retraimento social, crises de choro e comportamentos suicidas (26,27).

De acordo com DSM-IV-TR (28), no episódio depressivo a pessoa apresenta humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, sendo que, em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste, além de eles poderem apresentar queixas somáticas e retraimento social. Porém, esse manual não estabelece critérios específicos para diagnóstico de depressão na infância e utiliza os mesmos sintomas básicos do adulto, mesmo sabendo-se que a manifestação clínica difere entre essas as faixas etárias.

O Transtorno Depressivo Maior tem como quadro clínico a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante um período mínimo de duas semanas, e devem constituir alteração do funcionamento pregresso: (1) humor deprimido na maior parte do dia praticamente todos os dias; (2) diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades; (3) perda ou aumento do apetite ou do peso sem realização de dieta específica; (4) alterações no sono; (5) retardo ou agitação psicomotora; (6) fadiga ou perda de energia em quase todos os dias; (7) sentimentos de inutilidade, desvalorização ou culpa excessiva; (8) dificuldade para pensar, para concentrar-se ou para tomar decisões e (9) pensamentos de morte recorrente, incluindo ideação suicida, planejamento ou

tentativas de suicídio. Esses sintomas causam sofrimento ou problemas sócio-ocupacionais clinicamente significativos e não são mais bem explicados por condição médica geral, uso de medicamentos ou substâncias ou por luto (28,12).

2.3 Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio neurocomportamental de início precoce, caracterizado por inquietação psicomotora, dificuldade em manter a atenção e impulsividade cognitiva e social. O TDAH tem como principais características: dificuldades em manter a atenção em tarefas que exijam concentração, em finalizar tarefas e em permanecer sentadas; falhas ao manter a atenção nas instruções das tarefas; baixo desempenho nas avaliações; material e trabalhos desorganizados; fala constante, conversas e/ou barulhos em momentos inapropriados; baixo rendimento em tarefas atencionais e de funções executivas (29,30,31,8,32).

O TDAH tem um padrão de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, o qual é mais grave e frequente do que em pessoas em desenvolvimento na mesma faixa etária. Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (28), o transtorno é dividido em três subgrupos de acordo com a presença ou ausência dos sintomas de desatenção ou de hiperatividade/impulsividade, os quais são: subtipo predominantemente desatento; subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo; e subtipo combinado. Trata-se de um problema de falta de autocontrole, com repercussões amplas no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação social (33,22,34).

A manifestação do componente da desatenção do TDAH pode ser percebida como o sonhar acordado; distrabilidade ou dificuldade em focar em apenas uma atividade por um período longo de tempo; comportamento letárgico; falta de motivação; maior comprometimento em memória de trabalho; baixo desempenho em leitura e compreensão; sintomas internalizantes, como depressão e ansiedade; dificuldades e flutuação na aprendizagem; dificuldades em tarefas percepto-motoras; desordem cognitiva; e dificuldades em atenção focalizada. A hiperatividade pode ser expressa pela criança que fica se remexendo o tempo todo, fala excessivamente ou é inquieta. Apresenta dificuldade em completar tarefas sequenciais, maior tempo de reação, maior número de repetência escolar, agitação motora e/ou vocal, dificuldade em controlar impulso, atividade excessiva, pouca autorregulação e inibição comportamental. Sabe-se que, ao longo da vida, os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a diminuir, enquanto os sintomas de desatenção tendem a persistir. (35,8).

O TDAH é uma condição comum, multifatorial e de etiologia complexa, que persiste na adolescência e na vida adulta, de altas taxas de prevalência quando comparado a outros transtornos infantis. Acredita-se que afeta por volta de 3 a 5% da população de crianças e adolescentes. É um tema muito estudado e, na história, já foi associado a problemas acadêmicos, comportamentais, a uso de substâncias psicoativas e a faltas excessivas na escola (35,32,36,29,37).

Os estudos genéticos têm mostrado um risco de dois a oito vezes maior entre pais e irmãos de crianças com TDAH. Estudos em gêmeos demonstram que os

monozigóticos apresentam de 50 a 80% de concordância no compartilhamento do transtorno e 30% em dizigóticos, levando a uma taxa de 76% de herdabilidade (34).

Quanto aos modelos de áreas cerebrais envolvidas, primeiramente creditou-se às áreas pré-frontal-estriatal como alteradas em pessoas com TDAH, sendo posteriormente acrescentada áreas cerebelares como também envolvidas no transtorno. Isso ocorreu principalmente porque os circuitos prefrontais estriatais são responsáveis pelo funcionamento das funções executivas e as disfunções desses processos estão correlacionadas ao TDAH (38).

A rede conhecida como circuito do controle executivo, ou circuitos fronto-parietais, incluem as regiões do lobo frontal lateral, do córtex cingulado anterior, córtex pré-frontal dorsolateral e anterior, cerebelo lateral, giro anterior da ínsula, núcleo caudado e lobo parietal inferior. Essa rede envolve funções como flexibilidade mental (para alterar respostas frente a mudanças do contexto) e tomada de decisões direcionadas a metas (38), enquanto que o núcleo subtalâmico aparenta ter papel importante na prevenção de respostas impulsivas ou prematuras (6). Essas funções geralmente estão alteradas em crianças com TDAH (8,39,38).

Muitos estudos relatam hipoativação de circuitos frontoestriatais e frontopariais em atividades inibitórias em crianças com TDAH (Dickstein et al. e Rubia, apud Castellanos e Proal) (38).

O diagnóstico correto deste transtorno é fundamental, uma vez que podem ocorrer prejuízos na qualidade de vida das crianças e adolescentes pela falta de diagnósticos ou mesmo por diagnósticos imprecisos ou incorretos. O mesmo deve

ser feito por equipe interdisciplinar, a qual poderá avaliar todos os aspectos que se referem ao indivíduo: neuropsicológicos, psiquiátricos, neurológicos, pedagógicos e fonoaudiológicos, embora isso demande tempo e custo.

2.4 TDAH, funções cognitivas e aspectos emocionais

Crianças com TDAH costumam apresentar baixo rendimento em tarefas atencionais e de funções executivas, como relatado em diversos estudos referentes ao transtorno (29,40,39,8).

Um dos componentes das funções executivas é a capacidade de inibição, que exige um autocontrole, necessitando resistir a tentações e não agir nem reagir impulsivamente, seja para resistir a prazeres quando não deve, seja para afastar-se do que é errado (como roubar ou enganar), seja para não fazer ou pegar o que quer, negando assim as regras sociais. Além disso, autocontrole envolve disciplina para se manter na tarefa apesar dos estímulos distratores e das tentações de desistir da atividade para fazer algo mais prazeroso, adiando a gratificação (6). Crianças com TDAH que apresentam impulsividade geralmente demonstram dificuldades nessas questões, o que as leva a ter dificuldades sociais e nas atividades escolares.

Simpson et al (41) demonstraram que demorar mais tempo para responder a uma situação é melhor porque permite o surgimento da resposta impulsiva (muitas vezes incorreta, porém estimulada automaticamente) e chegue ao limiar da resposta (quando está para se dar a resposta), mas, posteriormente, diminui e permite que a resposta correta seja emergida (lembrando que esta muitas vezes exige maior esforço mental, portanto demora mais a surgir). Esta hipótese de

dissipação passiva (da resposta impulsiva) havia sido proposta por Simpson e Riggs em 2007 (6) e pode ser melhor visualizada na Figura 3.

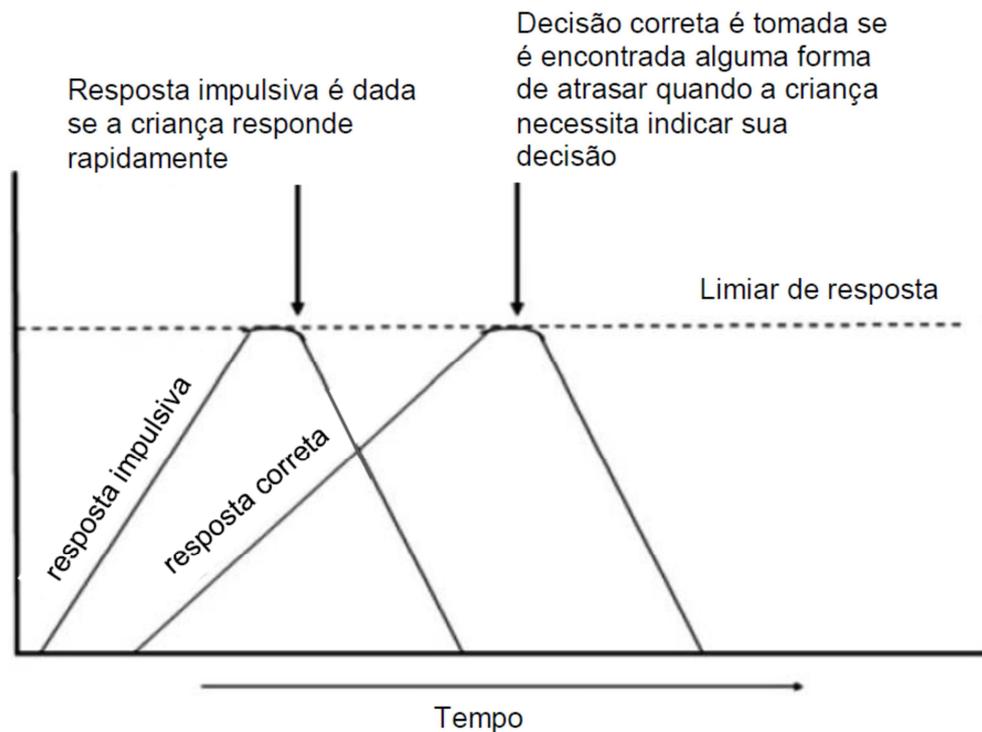


Figura 3. Modelo de dissipação passiva sobre a relação tempo e resposta em tarefas inibitórias³.

Crianças com TDAH que apresentam impulsividade têm dificuldade para inibir respostas automáticas e, neste modelo proposto por Simpson e Riggs, não há tempo suficiente para emergir a resposta correta (41,6).

Alguns estudos têm analisado o perfil intelectual de crianças com TDAH, sendo que alguns não encontraram diferenças significativas entre os subtipos de TDAH (42,43), enquanto que outros descreveram que o subtipo

³ Figura Adaptada de Simpson et al (41) e Diamond (6).

hiperativo/impulsivo teria um coeficiente intelectual significativamente superior que os outros subtipos (44,45,46). Na investigação de Villalobos et al (33), os resultados da avaliação com WISC-R indicaram que não houve diferenças significativas entre crianças e adolescentes com TDAH e sem TDAH nas Dimensões como Coeficiente Intelectual Total (QIT), QI Verbal e QI de Execução. Eles apontam que isso pode ter ocorrido por terem utilizado o WISC-R, sendo que estudos que utilizaram o WISC-III demonstram a diferença de QIT entre TDAH e crianças controles.

É comum que pessoas com diagnóstico de TDAH apresentem comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, como ansiedade, Transtorno Desafiador-Opositor (TDO), Transtornos de Conduta (T. Cond.), alterações de humor (unipolar e bipolar, depressão maior ou distímia), além de dificuldades escolares (35,47,30,32,48,22,49). O aparecimento de comorbidades, como os transtornos desafiador/opositor ou de conduta, geralmente pioram as dificuldades de relacionamentos com colegas, geram uma maior diferença no rendimento escolar em relação a outras crianças da mesma idade e série, um pior funcionamento familiar e uma baixa autoestima (49,50).

Na pesquisa de Eiraldi et al (30), 29.3% das crianças com TDAH apresentaram TDO; 4,4% T. de Cond.; 3,5% transtornos depressivos; e 11,4% transtornos de ansiedade, sendo que todas as crianças que apresentaram Transtorno de Conduta também apresentaram Transtorno Desafiador-Opositor (TDO).

Pessoas com TDAH com comorbidade de TDO ou T.Cond. muitas vezes são caracterizadas por demonstrarem emoções negativas e por parecerem

preferir processar informações negativas, principalmente em situações sociais emocionalmente ambíguas. (Waschbusch et al, apud Krauel et al) (49).

Crianças com TDAH costumam ter mais déficits nos relacionamentos sociais, porém os subtipos podem diferenciar quanto à natureza dessas dificuldades. Crianças do subtipo combinado são menos populares e seu funcionamento social é prejudicado principalmente por comportamentos sociais inadequados, sobretudo relacionados a fatores agressivos e por inabilidades emocionais. Crianças com TDAH subtipo desatenção demonstraram mais aspectos de desatenção, ansiedade e reações de passividade que as do grupo controle, enquanto crianças com TDAH subtipo combinado apresentaram maiores escores externalizantes e critérios para hiperatividade-impulsividade em relação aos subtipos desatentos. Porém, ambos os grupos, comparados entre si, não tiveram diferenças significativas para critérios de ansiedade, desatenção, desempenho e conhecimento sociais, regulação emocional, estando todos esses aspectos prejudicados, o que leva a problemas em status sociais. Além disso, crianças do subtipo combinado tendem a ser mais ignoradas e menos queridas por seus pares, com menos preferência social nos grupos (47).

Adolescentes com TDAH costumam ter baixa autoestima, pobre relacionamento com colegas, conflitos com pais, delinquência, podem se tornar fumantes e fazer uso de substâncias psicoativas (32).

Albert et al (22) afirmam que crianças e adolescentes com TDAH podem ter problemas em habilidades que se referem à competência emocional, como reconhecimento, por exemplo, de expressões faciais, emocionais e prosódia afetiva, regulação e expressão das emoções. Os autores afirmam também que estudos mostram que essas dificuldades estariam relacionadas com os subtipos

combinado e hiperativo-impulsivo, mas não existem dados referentes ao subtipo desatento.

Adolescentes com sintomas de TDAH consideram seu bem-estar psicossocial pior do que o dos adolescentes sem sintomas de TDAH, quando se referem à satisfação com a própria aparência, à satisfação na vida e à condição de terem amigos mais próximos, o que demonstra uma possível influência negativa na autoestima dessas pessoas (51).

Porém, pesquisas referentes à relação do TDAH com o desenvolvimento da autoestima são inconclusivas, pois, enquanto alguns estudos apontam que indivíduos com TDAH costumam apresentar baixa autoestima, outros dizem que crianças e adolescentes com TDAH geralmente supervalorizam suas capacidades, as percepções de si mesmos e os autoconceitos. Assim, como mecanismo de proteção, aumentam a valorização da felicidade que sentem com sua vida (37,50).

Sisto e Martinelli (24) colocam que o fracasso vivenciado no desempenho de tarefas escolares pode gerar sentimentos de insegurança e falta de confiança, pelo fato de os estudos serem a principal atividade na infância e na adolescência. Como é característico da maioria das crianças e adolescentes com TDAH apresentarem dificuldades no desempenho escolar, torna-se provável a influência na formação de seu autoconceito escolar, o qual se refere às representações das próprias capacidades das realizações escolares e das avaliações que a pessoa faz delas.

Na pesquisa de Nelson e Gregg (52), com estudantes universitários, o grupo com TDAH não apresentou diferenças significativas para sintomas de ansiedade e depressão em relação ao grupo controle. Esse resultado foi discutido

pelos autores, pois pode ter influenciado nos resultados o fato de esse grupo, ao alcançar a universidade, demonstrar melhores capacidades cognitivas do que a maioria da população com TDAH.

Isso provoca novamente a discussão de que o desenvolvimento de comorbidades emocionais pode ser influenciado por alterações em funções cognitivas causadas pelo TDAH.

Há poucos dados na literatura sobre o conceito de autoestima e autoconceito em crianças brasileiras com TDAH, principalmente se se considerar a relevância deste aspecto dentro da intervenção neuropsicológica. Com isso, surgiu a importância de se fazer um levantamento da autoestima, do autoconceito e da sintomatologia depressiva de crianças com TDAH e de se investigar como isso poderia influenciar em seu desenvolvimento social e educacional.

3 - OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Comparar o desempenho entre crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção nas funções cognitivas, nos aspectos emocionais e nas comorbidades.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar o desempenho entre crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção nas funções cognitivas de atenção, memória auditiva e funções executivas;
- Comparar as características de autoestima, de autoconceito e de sintomatologia depressiva entre crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção;
- Comparar critérios de comorbidade entre crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção;
- Relacionar as funções cognitivas e os aspectos emocionais em crianças com TDAH.

4 - MATERIAL E METODOLOGIA

4. MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

O presente trabalho trata de uma pesquisa descritiva, transversal, com grupos caso-controle. A hipótese principal é que crianças com TDAH apresentem piores desempenhos em tarefas que avaliam funções cognitivas específicas de atenção, memória e funções executivas. Além disso, pode haver correlação entre os aspectos emocionais e as funções cognitivas avaliadas, ou seja, quanto pior o desempenho nas tarefas de funções cognitivas, piores os sintomas depressivos, o autoconceito e a autoestima, além de apresentar maior número de comorbidades.

Quando considerado cada um dos objetivos específicos, o sistema de hipóteses pode ser descrito da seguinte maneira:

- Funções cognitivas de atenção, memória e funções executivas:

H₀: crianças com TDAH apresentam resultados **iguais** quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção em tarefas que avaliam a atenção visual, a memória auditiva e as funções executivas;

H₁: crianças com TDAH apresentam **piores** resultados quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção em tarefas que avaliam a atenção visual, a memória auditiva e as funções executivas.

- Aspectos emocionais:

H₀: crianças com TDAH apresentam resultados **iguais** quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção em avaliações da autoestima, de autoconceito e da sintomatologia depressiva;

H₁: crianças com TDAH apresentam **piores** resultados quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção em avaliações da autoestima, do autoconceito e da sintomatologia depressiva;

- Comorbidades:

H₀: crianças com TDAH apresentam critérios de comorbidades **iguais** quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção;

H₁: crianças com TDAH apresentam **piores** critérios de comorbidades quando comparados aos das crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção.

- Correlação entre aspectos emocionais e funções cognitivas:

H₀: **não há** correlação entre os aspectos emocionais e as funções cognitivas no grupo de crianças com TDAH;

H₁: **há** correlação entre os aspectos emocionais e as funções cognitivas no grupo de crianças com TDAH.

4.2 Participantes

O estudo utilizou uma amostragem não probabilística, consecutivamente, pois a seleção dos participantes seguiu critérios estabelecidos pelo pesquisador, uma vez que o Grupo de Estudo deveria apresentar diagnóstico interdisciplinar de TDAH, enquanto o Grupo de Controle não teria dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção.

4.2.1 Grupo de Estudo (GE)

O Grupo de Estudo (GE) foi formado por crianças, de ambos os gêneros, com diagnóstico interdisciplinar de TDAH. Para a inclusão nesse grupo, foram usados os seguintes critérios:

- Ter autorização dos pais com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96⁴ (53);
- Ter idade dentro da faixa etária estabelecida de 8 anos a 14 anos e cursar o Ensino Fundamental;
- Apresentar diagnóstico de TDAH de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (28) e da CID-10 (54), comprovados pela avaliação interdisciplinar do DISAPRE;
- Apresentar Quociente de Inteligência (QI) dentro da média de normalidade para a faixa etária, ou seja, $QI \geq 80$;

⁴ Conselho Nacional de Saúde – URL: Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>

Os critérios de exclusão foram:

- Crianças com outros diagnósticos de dificuldade de aprendizagem (dislexia do desenvolvimento, transtorno misto das habilidades escolares, dificuldade escolar de origem pedagógica);
- Crianças com problemas motores ou sensoriais ou qualquer outro quadro neurológico e/ou psiquiátrico primário, conforme relato dos pais;
- Crianças sob efeito de medicações psicoativas/anticonvulsivantes, psicotrópicos ou antidepressivos, conforme relato dos pais.

A avaliação do GE foi realizada no Ambulatório de Neuro-Dificuldades de Aprendizagem, situado no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Esse ambulatório recebe encaminhamentos de crianças com queixas de dificuldades de aprendizagem e de atenção para avaliação interdisciplinar e para realização de diagnóstico. Esses encaminhamentos são advindos de diversas fontes, como de profissionais de outros ambulatórios do HC/Unicamp, de outros hospitais e de serviços de saúde da rede pública e particular e de escolas públicas e particulares da região metropolitana de Campinas e outras cidades do estado de São Paulo, assim como de outros estados.

Na avaliação interdisciplinar, todas as crianças encaminhadas passam, primeiramente, por um processo de triagem seguido de uma avaliação neuropsicológica de base. Após essa avaliação inicial, dependendo do desempenho de cada criança, é levantada uma hipótese diagnóstica e a criança é encaminhada para os profissionais das outras áreas para um diagnóstico

diferencial (fonoaudiologia, psicopedagogia, neuropediatria, psiquiatria da infância e adolescência, fisioterapia e psicomotricidade). Ao final de todo processo de avaliação, os pais são convocados para uma devolutiva, na qual recebem as orientações e os encaminhamentos, que constam também do relatório final com os dados das avaliações realizadas, entregue aos pais.

Para formar o GE, inicialmente, foram avaliadas, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, 68 crianças de ambos os gêneros, sendo 49 meninos (72%) e 19 meninas (28%), com idade média de 10,48 anos, encaminhadas ao Ambulatório de Neuro-Dificuldades de Aprendizagem com queixas de dificuldade de atenção, concentração e/ou hiperatividade e/ou com hipótese diagnóstica de TDAH. Todas as crianças passaram por avaliação neuropsicológica com os demais profissionais da equipe interdisciplinar. Para o diagnóstico de TDAH, foram utilizados os critérios do DSM-IV-TR (28) e da CID-10 (54) e as características clínicas da avaliação interdisciplinar.

Dessas 68 crianças e adolescentes, sete foram excluídas antes da finalização da avaliação ou por terem faltado seguidamente aos atendimentos ou pela família ter desistido de uma avaliação completa. Das 61 crianças avaliadas, 34 foram excluídas após a finalização da avaliação interdisciplinar por diversos outros motivos: 22 não apresentaram diagnóstico de TDAH, 4 desistiram após início da avaliação e 8 ainda não haviam realizado a avaliação interdisciplinar completa. Das 27 crianças com diagnóstico de TDAH, seis foram excluídas: duas pois os pais não assinaram o TCLE, uma não preencheu os critérios de faixa etária e três não tiveram o CBCL preenchido pelos pais.

Com isso, no total, 21 crianças e adolescentes preencheram todos os critérios de inclusão para compor o GE com diagnóstico de TDAH, sendo 19 meninos (90,5%) e 2 meninas (9,5%).

4.2.2 Grupo Controle (GC)

O Controle (GC) foi formado por crianças sem queixas de déficit de atenção e/ou de problemas de aprendizagem, de ambos os gêneros e os critérios de inclusão para esse grupo foram:

- Ter autorização dos pais com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
- Ter idade dentro da faixa etária estabelecida de 8 anos a 14 anos;
- Ter sido indicado pelas professoras por não ter queixas de dificuldades de aprendizagem ou de déficit de atenção nem apresentar desempenho escolar abaixo do esperado;
- Apresentar QI dentro da média de normalidade para a faixa etária, ou seja, $QI \geq 80$;

Os critérios de exclusão do GC foram:

- Crianças sob efeito de medicações psicoativas/anticonvulsivantes, psicotrópicos ou antidepressivos durante o processo de avaliação, conforme relato dos pais;
- Crianças com problemas motores, sensoriais ou quadro neurológico e/ou psiquiátrico, conforme relato dos pais;
- Crianças com repetência escolar.

A avaliação do GC foi realizada na Escola Estadual Adiwalde de Oliveira Coelho, localizada no município de Campinas (SP) e que recebe crianças do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental Ciclo I. Para a formação do GC, foram indicadas pelas professoras 56 crianças com desempenho escolar dentro do esperado e sem queixas de dificuldades de aprendizagem e de atenção. Dessas, 28 crianças foram excluídas, sendo 18 devido aos pais não terem assinado o TCLE, cinco por não preencherem os critérios de idade e cinco por terem saído da escola antes de serem chamadas para avaliação. Com isso, foram avaliadas 28 crianças, sendo oito excluídas da pesquisa: uma saiu da escola durante o processo de avaliação, duas apresentaram dificuldades durante a avaliação (com hipóteses de TDAH e de distúrbio de aprendizagem, sendo que ambas foram encaminhadas para avaliação complementar com equipe interdisciplinar), uma desistiu da avaliação após o início (retirada do consentimento pelo responsável), uma não preencheu os critérios de inclusão e três, porque os pais não se prontificaram em responder ao CBCL.

Dessa forma, 20 crianças de ambos os gêneros compuseram o GC, sendo 11 meninos (55%) e 9 meninas (45%), com idade média de 9,49 anos e cursando do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental. Foram excluídas, no total, 36 crianças por não preencherem os critérios de inclusão.

O processo de composição da amostra total do estudo, descrita acima, pode ser visualizado na Figura 4. A amostra final foi composta por 41 crianças, de ambos os gêneros, sendo 30 meninos (73%) e 11 meninas (27%), com idade variando de 8 anos e 0 meses a 14 anos e 5 meses, idade média de 9,99 anos (DP=1,55).

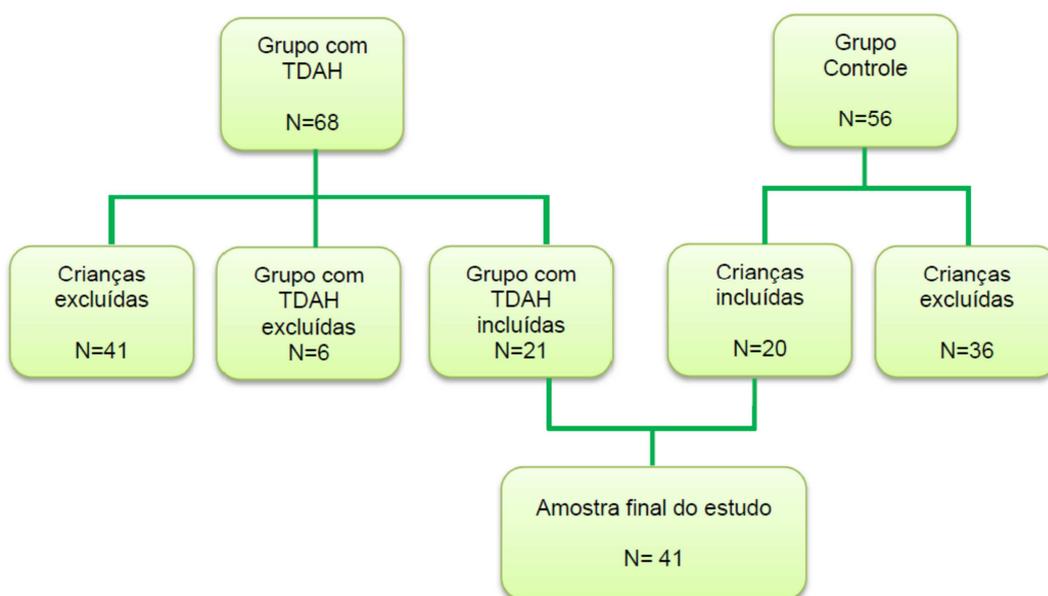


Figura 4. Composição da amostra

4.3 Instrumentos para coleta de dados

Para execução do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

4.3.1 Avaliação da atenção e memória auditiva

- Subtestes da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC–III): Código-B, Procurar Símbolos-B, Aritmética e Dígitos (55): a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças - WISC–III foi adaptada e padronizada para a população brasileira como instrumento clínico de uso exclusivo para psicólogos, de aplicação individual, que possui como objetivo avaliar a capacidade intelectual de crianças e jovens de 6 a 16 anos. É composta por 12 subtestes, com materiais específicos para cada um, que medem diferentes aspectos cognitivos divididos em Escala Verbal e de Execução.

A aplicação segue normas padronizadas contidas no manual do teste e após a correção, os resultados são convertidos em Quociente de Inteligência (QI) e fornece, adicionalmente, escores em Índices Fatoriais. Para a avaliação atencional foram utilizados os escores ponderados dos subtestes do WISC-III que avaliam a atenção visual e auditiva e a memória auditiva. O subteste Código-B é um teste de atenção sustentada visual, no qual a criança deve desenhar em itens alvos, os estímulos expressos nos itens que atuam como modelos. O subteste Procurar Símbolos também avalia a atenção sustentada visual, no qual a criança deve comparar desenhos fornecidos como modelos com uma sequência de estímulos apresentados e assinalar "sim" ou "não" de acordo com o seu aparecimento. O subteste Aritmética avalia a atenção sustentada auditiva e conhecimento quantitativo e trata-se de uma série de problemas de matemática com dificuldade crescente, lidos para a criança, a qual deve respondê-los verbalmente. O subteste Dígitos avalia o *span* de atenção auditivo-verbal e da memória imediata auditiva. Nele o examinador lê uma sequência crescente de números e a criança deve reproduzi-la verbalmente na ordem direta e inversa.

- Índices do WISC-III: Velocidade de Processamento (VP) e Resistência à Distração (RD) (55): foram utilizados os QI's dos dois índices fatoriais do WISC-III que estão relacionados aos testes de atenção. O Índice de Velocidade de Processamento fornece um escore da capacidade atencional, está relacionado à atenção sustentada visual e é calculado a partir dos subtestes Código e Procurar Símbolos. O Índice de Resistência à

Distração indica a distraibilidade e está relacionado à atenção sustentada auditiva, sendo calculado a partir dos subtestes Dígitos e Aritmética.

- Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – TC (56,57,58,59): constitui um teste de *performance* contínua que requer rápida seletividade visual e resposta motora repetitiva e tem como objetivo avaliar a atenção sustentada viso-espacial. Foram utilizadas duas versões: a) Figuras Geométricas (TC-FG): constitui uma folha com uma sequência pseudo-randômica de figuras geométricas simples e a criança deve assinalar, o mais rápido que puder, todos os círculos encontrados (56); b) Letras em Fileira (TC-LF): constitui uma folha com letras distribuídas de forma pseudo-randômica e a criança deve assinalar, o mais rápido que puder, todas as letras “A” (57). Para a avaliação do desempenho foram utilizados os critérios: a) tempo de execução (T): tempo cronometrado do início ao fim do teste; b) erros por omissão (EO): número de estímulos-alvo (círculos ou letras “A”) que a criança não assinalou; c) erros por comissão (EC): número de estímulos não alvo que a criança assinalou.
- Trail Making Test A – TMT-A (Teste das Trilhas) (60,58,59): A parte A do TMT é um teste de atenção sustentada visual, composta por uma folha com círculos numerados de 1 a 25, distribuídos aleatoriamente e a criança deve traçar, o mais rápido que puder, uma linha conectando a sequência numérica. O desempenho é avaliado em termos de (a) tempo de reação (T): tempo em segundos para realizar a tarefa; e (b) número de erros (E): número de ligações sequenciadas erroneamente.

4.3.2 Avaliação das funções executivas

- Trail Making Test B – TMT-B (60,58,59): a parte B do TMT é considerada um teste de flexibilidade mental composto por círculos com números e letras. A criança deve traçar uma linha ligando os círculos com números e letras alternadamente, por exemplo: 1-A-2-B-3-C seguindo as ordens numérica e alfabética corretas. O desempenho é avaliado em termos de (a) tempo de reação (T): tempo em segundos; (b) número de erros de sequência (ES): número de ligações com a sequência errada de letras ou números; e (c) erros de alternância (EA): número de vezes em que não foram alternadas a ligação entre letras e números. Antes de aplicar o teste, foi verificado se as crianças reconheciam corretamente números e letras, tanto de forma randômica, como em sequência.
- Stroop Color Word Test – SCWT – Versão Victoria (Teste Cor-Palavra de Stroop; versão Victoria de Regard) (60,59): esse teste avalia a habilidade de controle inibitório e a atenção visual seletiva, ou seja, a capacidade de o indivíduo selecionar estímulos relevantes e ignorar os estímulos irrelevantes. Para o presente estudo foi utilizada a versão adaptada de Lima, Travaini e Ciasca (58) e Lima (12), a qual foi baseada na versão de Victoria de Regard (60) utilizando quatro cores (vermelho, amarelo, azul e verde) com 24 estímulos em cada uma das três partes: a) “Cartão Cores” (SCWT-C): composto por quadrados pintados nas quatro cores dispostas em ordem pseudo-randômica, e a criança deve nomear, o mais rápido possível, o nome das cores; b) “Cartão Palavras” (SCWT-P): composto por

nomes de cores impressos nas cores correspondentes (situação congruente), e a criança deve dizer, o mais rápido possível, o nome das cores!; c) “Cartão Cor-Palavra” (SCWT-CP): composto por nomes de cores, porém impressos em cores incongruentes, por exemplo, a palavra “verde” impressa na cor azul (situação incongruente). Novamente a criança deve dizer a cor e não nomear a palavra, o mais rapidamente possível. O desempenho é medido por escore de tempo (T) e de erros (E) e, além disso, são calculados os escores de: (a) Facilitação (Fac): o processo de facilitação é obtido pela apresentação do estímulo congruente, subtraindo estes valores dos valores do cartão de “Cores” (SCWT-C menos SCWT-P) e (b) Interferência (Int): que representa o “Efeito *Stroop*” devido à situação incongruente do teste, sendo que o escore é obtido pela subtração do tempo e erros em relação ao cartão “Cores” (SCWT-CP menos SCWT-C).

- Tower of London – ToL (Torre de Londres) (61,58,59,12): avalia a habilidade de planejamento mental e de raciocínio lógico. Para este estudo, utilizou-se a versão de Lima et al (58) e Lima (12), a qual foi baseada em Tunstall (61). Esse teste é composto por uma base com três pinos verticais de tamanhos diferentes e quatro círculos coloridos de madeira com um furo no centro para possibilitar o encaixe no pino. No material do teste há também um caderno com um exemplo e dez cartões (desenhos) com estímulos-alvo. O objetivo é rearranjar a posição dos círculos, a partir de uma ordem inicial fixa até obter diferentes ordens definidas pelo experimentador. No total são dez itens com grau crescente de dificuldade em função do número de movimentos necessários para alcançar a posição final. Para cada item, o

experimentador coloca os círculos numa posição inicial e apresentar uma posição final que a criança deve reproduzir utilizando o menor número possível de movimentos. Considera-se um movimento cada vez que o círculo é retirado do pino e colocado em outro. São permitidas três tentativas para a resolução do problema. A resposta é considerada correta quando a solução é alcançada com o número mínimo exigido de movimentos. As respostas podem variar de 1,2,3 pontos, conforme tenham sido atingidas na terceira, segunda ou primeira tentativas, respectivamente. O teste é interrompido quando a criança obtiver dois escores consecutivos de valor zero. O escore final total é resultado da soma dos escores de cada item, podendo variar de 0 a 30 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor o resultado obtido no teste.

- Wisconsin Card Sorting Test – WCST (Teste Wisconsin de Classificação de Cartas) (62,12): padronizado para a população brasileira por Cunha et al (62), constitui um instrumento para avaliar as funções executivas e requer planejamento estratégico, exploração organizada, utilizando *feedback* ambiental para mudar contextos cognitivos, direcionando o comportamento para alcançar um objetivo e modulando a responsividade impulsiva (12). Nesse teste, o examinador coloca quatro cartas diferentes na frente da criança. Em seguida, entrega-lhe um baralho com 64 cartas e a criança é instruída a associar cada carta consecutiva do baralho com qualquer das quatro cartas-estímulo com a qual ela pensa que a carta combina. O examinador diz à criança apenas se ela está certa ou errada. Uma vez que ela tenha feito dez pares “corretos”, de acordo com uma categoria

predefinida (cor, forma, número), o princípio de classificação é modificado, sem aviso, exigindo que a criança utilize o *feedback* do examinador para desenvolver uma nova estratégia de classificação. Para esse trabalho, foram utilizados os resultados de: número de ensaios administrados (NEA); número de categorias completadas (NCC); fracasso ao manter o contexto (FMC); número total de erros (NTE); percentil do total de erros (NTE-P); e os percentuais de: erros (PE) e seu percentil (PE-P); respostas perseverativas (RP) e percentil delas (RP-P); erros perseverativos (EP) e percentil deles (EP-P); erros não perseverativos (ENP) e percentil deles (ENP-P); e respostas de nível conceitual (RNC) e o percentil (RNC-P). Vale ressaltar que: 1) o percentual é a comparação do resultado do item em questão em relação ao número de ensaios administrados no total do teste; 2) o percentil de cada item avaliado é resultante da comparação com os resultados esperados para a idade, de acordo com a padronização brasileira oferecida pelo próprio teste, sendo que quanto maior o percentil, melhor o resultado da pessoa.

4.3.3 Avaliação de autoestima e autoconceito

- Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE) (23,63): tradução feita por Gobitta (23,63) do instrumento originalmente desenvolvido por Stanley Coopersmith em 1967 e 1989. Trata-se de um inventário de autoavaliação com 56 perguntas que visam identificar o conceito de autoestima de crianças e adolescentes de 7 a 18 anos. O indivíduo deve assinalar para cada questão uma dentre cinco alternativas de respostas, que variam de 0

a 5 pontos. As alternativas são referentes ao julgamento de cada pessoa do quanto aquela afirmativa se refere ao seu modo de ser, agir e/ou pensar. Antes de somar o total de cada dimensão, inverte-se a resposta à escala nos 23 itens negativos (2, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 21, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 36, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 50). Assim, quando o sujeito respondeu a esses itens com a resposta equivalente ao valor 5, pontuou-se 1; quando respondeu 4, pontuou-se 2; quando respondeu 3, pontuou-se 3; quando respondeu 2, pontuou-se 4 e quando respondeu 5, pontuou-se 1. O total máximo de pontuação para a escala geral é 280 pontos e o mínimo, 56. As respostas são divididas em cinco dimensões, a saber: Dimensão 1: Aceitação social, composto por 15 itens que expressam julgamentos a respeito de características de si mesmo diante das relações sociais, como aceitação social, socialização, habilidade social, extroversão, habilidade de influenciar o outro, de expressão das próprias opiniões, de expressão de sentimentos, afeto e estados de humor, etc. Dimensão 2- Percepção de si, com 15 itens que expressam julgamentos negativos a respeito de aspectos de si mesmo, tais como características físicas, pessoais e sociais. Dimensão 3 – Família, com 11 itens que expressam julgamentos a respeito de características das relações no contexto familiar, tais como a aceitação ou não, por parte dos pais, dos seus sentimentos e pensamentos e da atenção, cuidado e afeição percebida. Dimensão 4 – Desempenho, com dez itens que expressam julgamentos a respeito de características percebidas do desempenho, envolvimento e eficácia pessoal, em demandas e expectativas do grupo relacional, principalmente do contexto familiar e do contexto escolar. Dimensão 5 – Aceitação de si, com cinco

itens que expressam julgamentos a respeito de características de si mesmo, tais como aparência física e satisfação de vida. Os resultados são apresentados em forma bruta (soma dos escores de cada questão referente a cada dimensão) e na média (a soma dos escores das questões dividida pelo número de questões de cada dimensão). Também é feito o cálculo do resultado total, o qual é composto da soma dos escores de todas as questões do teste. No escore total, também é calculada a média, dividindo o valor total pelas 56 questões.

- Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) (24): trata-se de uma escala de autoavaliação com 20 perguntas divididas em quatro categorias, sendo elas: *autoconceito pessoal* (refere-se aos sentimentos que a pessoa tem em relação ao seu modo de ser e agir nas diferentes situações), com cinco perguntas; *autoconceito social* (a qual se refere às relações sociais com os colegas e auto-percepção da criança nestes momentos), com cinco perguntas; *autoconceito escolar* (avalia questões relativas às relações interpessoais dentro do contexto escolar), com quatro perguntas; e *autoconceito familiar* (que avalia o comportamento adotado nas situações do dia a dia em casa com os pais), com seis perguntas. Todas as perguntas devem ser respondidas com apenas uma resposta entre as três alternativas: sempre, às vezes, ou nunca. Os resultados obtidos, tanto no geral como em cada categoria, são avaliados por tabelas comparativas de acordo com a idade e gênero, resultando em quartil, podendo ser classificado em Quartil menor que 25, o que corresponderia a uma classificação muito inferior; 25, inferior; menor que 50, média inferior; 50,

média; menor que 75,média superior; 75, superior; ou maior que 75, muito superior.

4.3.4 Avaliação da sintomatologia depressiva

- *Children's Depression Inventory – CDI* (Inventário de Depressão Infantil) (64,65,12): adaptado para a população brasileira e é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos no Brasil e internacionalmente. Trata-se de uma escala de autoavaliação constituída por 20 itens que visam identificar os sintomas depressivos (afetivos, cognitivos e comportamentais) em crianças e jovens de 7 a 17 anos de idade utilizando o ponto de corte 17 para a identificação de sintomatologia significativa. O indivíduo deve assinalar uma entre três alternativas de respostas para cada item, de modo que o escore varia de 0 (ausência de sintoma), 1 (presença leve do sintoma) e 2 (sintoma grave). O escore total é composto pela soma total dos escores de cada item. Na aplicação com crianças, ela é orientada a selecionar o item que melhor descrever seus sentimentos nas duas últimas semanas e são fornecidas explicações para eventuais dúvidas.

4.3.5 Avaliação de critérios de comorbidade

- *Child Behavior Checklist – CBCL* (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência) (66): tem como objetivo avaliar as características emocionais e comportamentais de crianças e jovens de 6 a 18 anos de idade. Trata-se de um questionário para os pais composto por 138 itens divididos em dois blocos. O primeiro bloco possui 20 perguntas

relacionadas à competência social O segundo (o qual foi utilizado nesta pesquisa) é composto por oito escalas, totalizando 113 perguntas objetivas (sendo que uma delas subdivide-se em oito partes, da letra *a* até *h*) sobre sintomatologia emocional e comportamental com escala *Likert* de três alternativas: item falso ou comportamento ausente (escore=0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (escore=1); e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (escore=2). Na correção, os dados são divididos em nove escalas específicas, que são: I. Ansiedade/Depressão; II. Isolamento/Depressão; III. Queixas somáticas; IV. Problemas Sociais; V. Problemas de Pensamento; VI. Problemas de Atenção; VII. Comportamento Delinquente (quebrar regras); VIII. Comportamento Agressivo; e IX. Outros – possibilitam a obtenção de um escore total (somatória total dos escores de todas as escalas) e escores individuais de cada escala. Para esse trabalho, foram considerados os valores brutos de cada escala (composto da soma dos escores de cada item). Outra possibilidade é a obtenção de quatro escores parciais, que correspondem às escalas consideradas em conjunto e subdivididas em: “Comportamentos Internalizantes” na escala de introversão (I, II e III), referentes a comportamentos que impactam internamente o indivíduo, como depressão, ansiedade e somatizações; “Comportamentos Externalizantes” na escala de extroversão (VII e VIII), referentes a comportamentos que impactam também a sociedade, como agressividade, comportamento opositor e de quebra de regras; “Outras” (IV, V e VI); e “Total” (composto da soma de todos os escores). Nesse teste,

quanto maior o escore, maior é a colocação por parte dos pais a um determinado sintoma da criança.

4.4 Procedimentos

Primeiramente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, o qual foi aceito sob parecer nº 1016/2010 (Anexo 2). A pesquisa foi realizada com o grupo de estudo no Laboratório DISAPRE (Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e da Atenção) onde a criança passou pela equipe interdisciplinar para diagnóstico (psiquiatria, neuropsiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e psicopedagogia). Após o diagnóstico, os pais ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) para inclusão da criança no estudo.

A avaliação do Grupo de Estudo ocorreu no Laboratório DISAPRE (Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e da Atenção). Os participantes foram avaliados individualmente em uma média de seis sessões de uma hora de duração cada, variando de acordo com o desempenho e o tempo que cada criança utilizou para responder os testes. Por ser um grupo composto por crianças com dificuldades de atenção, a aplicação dos testes torna-se mais vagarosa, uma vez que demoravam mais para responder os testes e com maior agitação, o que fazia com que demorasse mais para iniciá-los. Com os pais, foram utilizadas duas sessões de uma hora cada, uma para a anamnese semiestruturada, explicação do projeto e entrega dos questionários descritos nos materiais, e outra para devolutiva da avaliação e entrega de relatório. Para as crianças que foram

indicadas ou que já estavam sob medicação, foi pedido aos pais que trouxessem a criança para a avaliação sem a medicação.

Para o grupo controle, o pesquisador fez um estudo na escola estadual Prof. Adivalde de Oliveira Coelho, do município de Campinas, São Paulo. O recrutamento dos melhores alunos para o grupo controle iniciou-se com a indicação das professoras de cada classe de crianças que não apresentavam problemas comportamentais e de aprendizagem significativos. As crianças, cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram avaliadas numa sala, disponibilizada pela coordenação da escola, sem prejuízo financeiro nem escolar para as crianças e famílias, com duração média de cinco encontros para responder a todos os testes. As crianças que estavam dentro dos critérios de inclusão foram incluídas como grupo controle e todas elas tiveram relatórios feitos para serem entregues aos pais.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na ordem conforme a descrição dos materiais no Método deste estudo, a fim de facilitar os achados em cada função cognitiva e seu teste.

Também serão descritos, conforme a análise estatística, com o nível de significância de 5% (0,050), para a aplicação dos testes, ou seja:

(a) quando o valor da significância calculada (p) for menor do que 5% (0,050) existe “diferença estatisticamente significativa” (no caso de “comparações”), e uma “relação estatisticamente significativa” (no caso de “relacionamentos”), isto é, uma “efetiva diferença” (no caso de “comparações”), e uma “relação forte” (no caso de “relacionamentos”), respectivamente; e

(b) quando o valor da significância calculada (p) for igual ou maior do que 5% (0,050), existe uma “diferença estatisticamente não significativa” (no caso de “comparações”), e uma “relação estatisticamente não significativa” (no caso de “relacionamentos”), isto é, uma “semelhança” (no caso de “comparações”), e uma “relação fraca” (no caso de “relacionamentos”), respectivamente.

Utilizou-se a planilha eletrônica MS-Excel, em sua versão do MS-Office 2010, para a organização dos dados, e o pacote estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), em sua versão 21.0, para a obtenção dos resultados.

5.1. Caracterização da amostra

A amostra final foi composta por 41 participantes, sendo 30 do gênero masculino (73%) e 11 do feminino (27%), com idade variando de 8 anos e 0 meses a 14 anos e 5 meses, idade média de 9,99 anos (DP=1,55). Eles foram divididos em 20 do grupo controle (GC) e 21 do grupo de estudo (GE) (Tabela 2).

Como é possível perceber, em relação à média das idades e série escolar, houve diferença estatisticamente não significativa ($p=0,183$) entre os sujeitos dos dois grupos, possibilitando o pareamento entre os mesmos em relação à variável idade e série.

Porém houve diferença estatística significativa ($p<0,05$) na comparação dos grupos em relação ao gênero, sendo que no GE houve um maior número de participantes do gênero masculino.

Tabela 2. Caracterização da amostra

Variáveis	Grupos		Total	Sig. (p)	
	GE	GC			
<i>Gênero</i>					
Masculino	f (%)	19 (90)	11 (55)	30 (73)	0,015^a
Feminino	f (%)	2 (10)	9 (45)	11 (27)	
Total	f (%)	21 (100)	20 (100)	41 (100)	
<i>Idade</i>					
Idade média	M(DP)	10,48 (1,87)	9,49 (0,93)	9,99 (1,55)	0,183 ^b
<i>Ano escolar</i>					
2 ^o - 4 ^o ano		10 (48)	8 (40)	18 (44)	0,756 ^c
5 ^o - 7 ^o ano		11 (52)	12 (60)	23 (56)	
Total		21 (100)	20 (100)	41 (100)	

Legenda: ^a. Aplicação do *Teste Exato de Fisher*; ^b. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; ^c. Aplicação do *Teste do Qui-Quadrado de Pearson*; f: frequência; %: porcentagem de participantes; M: Média; DP: Desvio Padrão; Sig: significância – valor de p; * $p<0,05$.

5.2. Avaliação da atenção e memória auditiva

As crianças do GE apresentaram maiores dificuldades nos subtestes do WISC-III que avaliam a atenção sustentada visual (Código e Procurar Símbolos) e na atenção sustentada auditiva (Aritmética e Dígitos), assim como na avaliação da memória imediata auditiva (Dígitos), quando comparadas ao GC, com diferenças estatisticamente significantes (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação aos subtestes do WISC-III.

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
Aritmética	GE	21	9,62	3,09	5,00	16,00	8,00	0,001**
	GC	20	13,00	2,96	9,00	19,00	12,00	
	Total	41	11,27	3,44	5,00	19,00	11,00	
Dígitos	GE	21	7,57	2,71	1,00	13,00	8,00	< 0,001**
	GC	20	13,00	3,24	6,00	19,00	12,00	
	Total	41	10,22	4,03	1,00	19,00	10,00	
Código-B	GE	21	7,67	2,27	4,00	12,00	7,00	< 0,001**
	GC	20	12,50	2,84	9,00	18,00	12,00	
	Total	41	10,02	3,52	4,00	18,00	10,00	
Procurar Símbolos-B	GE	21	10,05	2,77	4,00	15,00	9,00	0,001**
	GC	20	13,20	2,07	10,00	17,00	13,00	
	Total	41	11,59	2,90	4,00	17,00	12,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; Sig: significância – valor de p; **p<0,01 (valor muito significativo).

Além dos testes acima citados, na avaliação da atenção, novamente as crianças do GE apresentaram maiores dificuldades na atenção sustentada visual (Índice de Velocidade de Processamento do WISC-III) e na atenção sustentada auditiva (Índice de Resistência à Distração), quando comparadas ao GC, com diferenças estatisticamente significantes (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação aos índices do WISC-III

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
IRD	GE	21	90,38	12,53	67,00	107,00	93,00	< 0,001**
	GC	20	116,20	16,11	93,00	147,00	110,00	
	Total	41	102,98	19,30	67,00	147,00	104,00	
IRD- Conceito	GE	21	2,29	0,96	0,00	3,00	3,00	< 0,001**
	GC	20	4,20	1,24	3,00	6,00	4,00	
	Total	41	3,22	1,46	0,00	6,00	3,00	
IVP	GE	21	92,48	13,38	67,00	121,00	87,00	< 0,001**
	GC	20	114,80	12,74	96,00	143,00	111,50	
	Total	41	103,37	17,15	67,00	143,00	104,00	
IVP- Conceito	GE	21	2,52	1,08	0,00	5,00	2,00	< 0,001**
	GC	20	4,25	1,12	3,00	6,00	4,00	
	Total	41	3,37	1,39	0,00	6,00	3,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; Sig: significância – valor de p; IRD: Índice de Resistência à Distração; IVP: Índice de Velocidade de Processamento; **p<0,01 (valor muito significativo).

No Teste de Cancelamento, quanto maior o tempo e/ou maior o número de erros, pior o resultado nele. Nessa avaliação, o GE demonstrou mais dificuldades na atenção sustentada visual, cometendo mais erros de omissão tanto na parte 1 como na parte 2 (ou seja, deixando de riscar mais figuras na parte 1 e letras na parte 2), com diferença estatisticamente significativa nas duas partes da prova. Além disso, as crianças com TDAH (GE) necessitaram de mais tempo para resolver a parte 2 do TC, demonstrando alterações na atenção sustentada visual (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao TC

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
TC-FG T	GE	21	97,86	35,44	57,00	191,00	92,00	0,095
	GC	20	79,25	15,71	38,00	107,00	79,50	
	Total	41	88,78	28,88	38,00	191,00	85,00	
TC-FG EO	GE	21	3,29	3,88	0,00	16,00	3,00	0,003**
	GC	20	0,75	1,37	0,00	6,00	0,00	
	Total	41	2,05	3,17	0,00	16,00	1,00	
TC-FG EC	GE	21	0,10	0,44	0,00	2,00	0,00	0,944
	GC	20	6,50	29,07	0,00	130,00	0,00	
	Total	41	3,22	20,30	0,00	130,00	0,00	
TC-LF T	GE	21	161,95	53,34	94,00	278,00	148,00	0,028*
	GC	20	125,75	28,05	80,00	185,00	119,00	
	Total	41	144,29	46,17	80,00	278,00	136,00	
TC-LF EO	GE	21	7,00	6,12	0,00	23,00	5,00	0,014*
	GC	20	3,00	3,46	0,00	13,00	2,00	
	Total	41	5,05	5,34	0,00	23,00	4,00	
TC-LF EC	GE	21	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	0,329
	GC	20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Total	41	0,02	0,16	0,00	1,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; TC-FG: Teste de Cancelamento Figuras Geométricas; TC-LF: Teste de Cancelamento – Letras em Fileiras; T: Tempo; EO: Erros de Omissão; EC: Erros de Comissão; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

No *Trail Making Test A* – TMT-A, quanto maior o tempo e/ou maior o número de erros, pior foi o resultado no teste. Nessa avaliação, o GE teve desempenho pior que o GC em relação ao número de erros cometidos, demonstrando novamente dificuldade na atenção sustentada visual, com diferença estatisticamente significante (p<0,05).

Tabela 6. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao TMT A

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
TMTA T	GE	21	65,71	28,31	25,00	131,00	60,00	0,070
	GC	20	49,85	16,50	22,00	92,00	47,00	
	Total	41	57,98	24,38	22,00	131,00	56,00	
TMTA Er	GE	21	1,05	1,80	0,00	8,00	0,00	0,021*
	GC	20	0,20	0,52	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,63	1,39	0,00	8,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; *Sig.*: significância – valor de *p*; *n*: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; T: Tempo; Er: Erros; * $p < 0,05$ (valor significativo).

5.3. Avaliação das funções executivas

Neste estudo, em relação às funções executivas, foram avaliadas a flexibilidade mental, a atenção alternada e seletiva, e a capacidade de planejamento e antecipação de ações.

Para a avaliação da flexibilidade mental e atenção alternada, foi utilizado o *Trail Making Test B* – TMT-B.

O GE mostrou desempenho com diferença estatisticamente significativa em relação ao GC em todos os itens avaliados, ou seja, o grupo composto pelos sujeitos com TDAH necessitou de mais tempo para realizar o teste, cometeu mais erros de alternância e de sequência, demonstrando, assim, dificuldades na atenção alternada (Tabela 7).

Vale ressaltar que, no TMT – parte B, assim como nos testes atencionais, quanto maior o tempo e/ou maior o número de erros, pior foi o resultado no teste.

Tabela 7. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao TMT B

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
TMTB T	GE	21	237,29	107,59	60,00	460,00	212,00	< 0,001**
	GC	20	132,05	45,40	69,00	240,00	136,00	
	Total	41	185,95	97,99	60,00	460,00	164,00	
TMTB EA	GE	21	2,76	3,18	0,00	11,00	1,00	< 0,001**
	GC	20	0,20	0,52	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	1,51	2,62	0,00	11,00	0,00	
TMTB ES	GE	21	1,48	1,97	0,00	7,00	1,00	0,001**
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,80	1,57	0,00	7,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; T: Tempo; EA: Erros de alternância; ES: Erros de Sequência; **p<0,01 (valor muito significativo).

Na avaliação da capacidade do indivíduo selecionar estímulos relevantes e ignorar os estímulos irrelevantes, o GE obteve mais dificuldades no desempenho em relação ao tempo nos três cartões, demonstrando que necessitaram de mais tempo para resolver o teste. Quanto aos erros, as crianças com TDAH cometeram mais erros nos cartões Palavras (situação congruente) e Cor-Palavras (situação incongruente, no qual ocorre o efeito Stroop) (Tabela 8).

Ao compararmos o escore de interferência, o GE obteve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) tanto para o tempo utilizado quanto para erros cometidos, demonstrando dificuldade na atenção seletiva visual e no controle inibitório. No escore facilitação, não houve diferenças significativas. Novamente, deve-se considerar que quanto maior o tempo e/ou maior o número de erros, pior foi o resultado no teste.

Isso demonstra que os sujeitos com TDAH têm mais dificuldades na influência do estímulo incongruente, com dificuldades na atenção seletiva visual e no controle inibitório.

Tabela 8. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao Stroop

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
SCWT-C T	GE	21	22,10	6,40	13,00	35,00	21,00	0,009**
	GC	20	17,05	4,03	11,00	27,00	16,00	
	Total	41	19,63	5,89	11,00	35,00	19,00	
SCWT-C E	GE	21	0,86	1,46	0,00	5,00	0,00	0,157
	GC	20	0,25	0,55	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,56	1,14	0,00	5,00	0,00	
SCWT-P T	GE	21	18,67	5,31	9,00	34,00	18,00	< 0,001**
	GC	20	12,35	3,68	9,00	22,00	12,00	
	Total	41	15,59	5,55	9,00	34,00	14,00	
SCWT-P E	GE	21	0,43	0,68	0,00	2,00	0,00	0,022*
	GC	20	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,24	0,54	0,00	2,00	0,00	
SCWT-CP T	GE	21	46,33	16,92	17,00	80,00	44,00	0,004**
	GC	20	33,95	7,56	22,00	51,00	32,00	
	Total	41	40,29	14,48	17,00	80,00	37,00	
SCWT-CP E	GE	21	3,19	3,30	0,00	13,00	2,00	0,021*
	GC	20	1,30	1,34	0,00	4,00	1,00	
	Total	41	2,27	2,68	0,00	13,00	2,00	
SCWT Int T	GE	21	24,24	13,04	2,00	49,00	24,00	0,031*
	GC	20	16,95	4,86	6,00	28,00	16,00	
	Total	41	20,68	10,48	2,00	49,00	18,00	
SCWT Int E	GE	21	2,38	2,64	-3,00	8,00	2,00	0,028*
	GC	20	1,05	1,47	-2,00	4,00	1,00	
	Total	41	1,73	2,23	-3,00	8,00	1,00	
SCWT Fac T	GE	21	3,43	6,01	-4,00	16,00	1,00	0,111
	GC	20	4,70	3,73	-3,00	13,00	5,00	
	Total	41	4,05	5,01	-4,00	16,00	3,00	
SCWT- Fac E	GE	21	0,43	1,47	-2,00	5,00	0,00	0,877
	GC	20	0,20	0,62	-1,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,32	1,13	-2,00	5,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; Fac: Facilitação; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

Na avaliação da capacidade de planejamento mental e de antecipação de ações, o GE teve mais dificuldades que o GC, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), lembrando que, nesse teste, quanto maior o resultado, melhor o desempenho (Tabela 9).

Isso demonstra que as crianças com TDAH tiveram mais dificuldades para antecipar e planejar, prejudicando seu desempenho e, conseqüentemente, apresentando menores escores nesse teste.

Tabela 9. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao ToL

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
ToL	GE	21	17,00	3,38	11,00	23,00	16,00	< 0,001**
	GC	20	21,60	2,93	15,00	26,00	22,00	
	Total	41	19,24	3,90	11,00	26,00	20,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; ** $p < 0,01$ (valor muito significativo).

Na avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), o *Wisconsin Card Sorting Test – WCST* (62,12) é um dos testes mais utilizados no mundo para esse tipo de avaliação.

Nessa avaliação, o GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa) quando comparado com o GC em relação ao Número de Ensaio Administrados (WCST NEA), demonstrando que as crianças com TDAH necessitaram de mais ensaios (cartas) para conseguir completar as categorias (Tabela 10). Como a tabela contém muitos dados, foi reduzida e os dados completos encontram-se no Anexo 14.

No item do Número Total de Erros (WCST NTE), no resultado bruto, houve diferença estatisticamente não significativa, porém quando avaliado o percentil do número total de erros (WCST NTE-P, quando comparados de acordo com cada idade), houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa), com crianças com TDAH com percentil menor que o grupo controle.

No percentil do Percentual de Erros (WCST PEP) houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa) na comparação do GE com o GC, demonstrando que as crianças com TDAH cometem mais erros que crianças do grupo controle.

No percentual das Respostas Perseverativas, o GE apresentou resultados com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa) em relação ao GC quando avaliado o percentil desse item (WCST PRP-P), demonstrando que as crianças com TDAH apresentaram mais respostas perseverativas em relação às crianças da sua idade.

Em relação ao Percentual dos Erros Perseverativos, o GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) em relação ao percentil (WCST PEP-P) quando comparados com o GC, ou seja, crianças com TDAH demonstraram mais perseveração nos erros em relação a crianças de sua idade.

Quanto ao Percentual dos Erros Não Perseverativos, o GE demonstrou mais dificuldades ($p < 0,05$) em relação ao percentil (WCST PENP-P) quando comparado com o GC, ou seja, as crianças com TDAH apresentaram também mais erros não perseverativos que crianças de sua idade.

Quando avaliado o Percentual das Respostas de Nível Conceitual (WCST PRNC) (quando a criança consegue três acertos seguidos, demonstrando ter

compreendido a regra), o GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa) quando comparado com o GC, assim como no percentil (WCST PRNC-P) desse item. Isso significa que crianças com TDAH apresentaram mais dificuldades em estabelecer respostas corretas seguidas.

Em relação ao Número de Categorias Completadas (WCST NCC), o GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$, muito significativa) quando comparado com o GC, demonstrando que crianças com TDAH tiveram mais dificuldades em completar as categorias em relação às crianças do grupo controle.

No último item do WCST, o GE apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparado com o GC em relação ao Fracasso em Manter o Contexto (WCST FMC). Isso demonstra que crianças com TDAH apresentaram maior número de situações em que acertaram cinco ou mais cartas seguidas, porém erraram antes de completar a categoria, demonstrando desatenção ou impulsividade.

Resumindo os dados do WCST, crianças do GE demonstraram, em relação a crianças de sua idade, que necessitaram de mais ensaios para resolver o teste; que cometeram mais erros, mais respostas perseverativas, maior número de erros perseverativos, mais erros não perseverativos, menor número de respostas de nível conceitual, menor número de categorias completadas; e que apresentaram mais fracasso ao manter o contexto. Esses dados são indicadores de impulsividade; dificuldade na flexibilidade mental, na atenção sustentada (devido aos erros de distrações durante a prova); e de memória de curto prazo (esqueciam qual categoria estavam seguindo).

Tabela 10. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao WCST

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Perc. 50 (Mediana)	Sig. (p)
WCST NEA	GE	21	120,33	13,50	88,00	128,00	128,00	0,001**
	GC	20	103,55	18,70	76,00	128,00	106,00	
WCST NTE	GE	21	45,76	18,97	12,00	71,00	53,00	0,764
	GC	20	64,90	47,74	13,00	129,00	42,50	
WCST NTE-P	GE	21	67,76	21,51	32,00	99,00	61,00	< 0,001**
	GC	20	90,45	11,26	61,00	100,00	95,00	
WCST PE	GE	21	36,71	13,15	14,00	55,00	41,00	0,620
	GC	20	62,35	47,27	14,00	125,00	33,50	
WCST PE-P	GE	21	70,52	20,91	34,00	99,00	66,00	0,003**
	GC	20	89,55	11,99	50,00	100,00	94,50	
WCST PRP	GE	21	24,48	13,51	11,00	66,00	20,00	0,368
	GC	20	47,35	40,89	3,00	114,00	21,00	
WCST PRP-P	GE	21	14,14	14,71	0,00	53,00	10,00	0,001**
	GC	20	35,35	23,96	5,00	93,00	30,00	
WCST PEP	GE	21	21,29	10,67	7,00	49,00	20,00	0,389
	GC	20	45,40	40,43	3,00	110,00	18,50	
WCST PEP-P	GE	21	11,95	13,54	0,00	47,00	5,00	0,001**
	GC	20	31,00	23,04	3,00	93,00	31,00	
WCST PENP	GE	21	15,67	6,37	6,00	25,00	16,00	0,340
	GC	20	52,55	51,99	6,00	126,00	18,00	
WCST PENP-P	GE	21	64,24	21,37	21,00	93,00	66,00	0,017*
	GC	20	79,70	13,53	47,00	96,00	82,50	
WCST PRNC	GE	21	52,19	16,49	28,00	80,00	46,00	< 0,001**
	GC	20	88,20	29,65	50,00	134,00	78,00	
WCST PRNC-P	GE	21	68,14	22,11	19,00	99,00	66,00	0,001**
	GC	20	88,80	15,36	34,00	99,00	94,00	
WCST NCC	GE	21	4,14	1,59	1,00	6,00	4,00	0,001**
	GC	20	5,55	1,05	2,00	6,00	6,00	
WCST FMC	GE	21	1,48	1,17	0,00	5,00	1,00	0,022*
	GC	20	0,85	1,27	0,00	4,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

5.4. Avaliação da autoestima e autoconceito

Na avaliação da autoestima, quanto maior o resultado, melhor a autoestima. Houve diferença estatisticamente significativa no resultado geral total e na média, na Dimensão 1: Aceitação social (itens que expressam julgamentos a respeito de características de si mesmo diante das relações sociais, como aceitação social; socialização; habilidade social; extroversão; habilidade de influenciar o outro, de expressão das próprias opiniões, de expressão de sentimentos; afeto e estados de humor, etc), tanto no resultado total e na média ($p < 0,05$). Nos resultados da média ($p < 0,05$) da Dimensão 2: Percepção de si (itens que expressam julgamentos negativos a respeito de si mesmo, tais como características físicas, pessoais e sociais). Na Dimensão 3: Família (itens que expressam julgamentos a respeito de características das relações no contexto familiar, tais como a aceitação ou não, por parte dos pais, dos seus sentimentos e pensamentos e da atenção, cuidado e afeição percebida), tanto no resultado total como na média ($p < 0,05$). Na Dimensão 4: Desempenho (itens que expressam julgamentos a respeito de características percebidas do desempenho, do envolvimento e da eficácia pessoal, em demandas e expectativas do grupo relacional, principalmente no contexto familiar e no contexto escolar), tanto no resultado total como na média ($p < 0,01$), conforme mostra a Tabela 11.

Porém, na Dimensão 5: Aceitação de si (itens que expressam julgamentos a respeito de características de si mesmo, tais como aparência física e satisfação de vida), houve diferença estatisticamente não significativa entre os grupos.

Esses resultados demonstram pior autoestima nas crianças com TDAH em relação ao grupo controle. Além disso, crianças com TDAH expressaram piores julgamentos em relação a sua aceitação social, à percepção que têm de si mesmos, aos relacionamentos familiares e, maior influência ainda ($p < 0,01$) no desempenho e na eficácia pessoal nas atividades. Porém, em relação à aceitação das características próprias, não houve diferença entre os grupos.

Tabela 11. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação à EMAE.

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
EMAE Total	GE	21	221,10	34,00	137,00	268,00	230,00	0,016*
	GC	20	244,60	20,84	207,00	276,00	245,50	
	Total	41	232,56	30,43	137,00	276,00	240,00	
EMAE Média	GE	21	3,95	0,61	2,50	4,80	4,11	0,016*
	GC	20	4,37	0,37	3,70	4,90	4,39	
	Total	41	4,15	0,54	2,50	4,90	4,28	
EMAE Dim 1 Total	GE	21	55,00	8,68	39,00	66,00	58,00	0,039*
	GC	20	60,20	6,79	46,00	68,00	60,50	
	Total	41	57,54	8,16	39,00	68,00	60,00	
EMAE Dim 1 Média	GE	21	3,93	0,62	2,78	4,71	4,14	0,039*
	GC	20	4,30	0,48	3,29	4,86	4,33	
	Total	41	4,11	0,58	2,78	4,86	4,29	
EMAE Dim 2 Total	GE	21	62,81	12,50	34,00	80,00	65,00	0,049*
	GC	20	70,15	6,39	56,00	80,00	71,00	
	Total	41	66,39	10,55	34,00	80,00	68,00	
EMAE Dim 2 Média	GE	21	3,88	0,84	2,13	5,00	4,06	0,052
	GC	20	4,38	0,40	3,50	5,00	4,44	
	Total	41	4,13	0,70	2,13	5,00	4,25	
EMAE Dim 3 Total	GE	21	42,10	7,10	23,00	50,00	43,00	0,036*
	GC	20	46,00	4,21	38,00	50,00	47,00	
	Total	41	44,00	6,12	23,00	50,00	45,00	
EMAE Dim 3 Média	GE	21	4,21	0,71	2,30	5,00	4,30	0,036*
	GC	20	4,60	0,42	3,80	5,00	4,70	
	Total	41	4,40	0,61	2,30	5,00	4,50	
EMAE Dim 4 Total	GE	21	39,67	7,19	24,00	52,00	38,00	0,006**
	GC	20	45,90	5,59	37,00	55,00	45,50	
	Total	41	42,71	7,11	24,00	55,00	43,00	
EMAE Dim 4 Média	GE	21	3,60	0,65	2,18	4,73	3,45	0,006**
	GC	20	4,17	0,51	3,36	5,00	4,14	
	Total	41	3,88	0,65	2,18	5,00	3,90	
EMAE Dim 5 Total	GE	21	21,52	4,64	7,00	25,00	23,00	0,769
	GC	20	22,35	3,27	12,00	25,00	23,00	
	Total	41	21,93	4,00	7,00	25,00	23,00	
EMAE Dim 5 Média	GE	21	4,31	0,93	1,40	5,00	4,60	0,769
	GC	20	4,47	0,65	2,40	5,00	4,60	
	Total	41	4,39	0,80	1,40	5,00	4,60	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; Dim 5: Aceitação de Si; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

Na avaliação do autoconceito, quanto maior a pontuação, melhor o resultado. Quanto ao resultado total geral e em cada dimensão, houve diferenças estatisticamente não significantes entre os grupos (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação à EAC-IJ – resultados totais

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
EACIJ Total	GE	21	24,67	5,84	11,00	36,00	24,00	0,272
	GC	20	26,75	4,23	21,00	33,00	27,00	
	Total	41	25,68	5,16	11,00	36,00	26,00	
Pessoal T	GE	21	5,52	1,94	2,00	9,00	5,00	0,719
	GC	20	5,70	1,53	2,00	8,00	6,00	
	Total	41	5,61	1,73	2,00	9,00	6,00	
Escolar T	GE	21	4,48	1,99	2,00	9,00	4,00	0,473
	GC	20	4,85	1,95	2,00	8,00	4,50	
	Total	41	4,66	1,96	2,00	9,00	4,00	
Familiar T	GE	21	5,48	1,57	3,00	8,00	5,00	0,801
	GC	20	5,45	1,79	1,00	8,00	6,00	
	Total	41	5,46	1,66	1,00	8,00	5,00	
Social T	GE	21	9,19	2,70	3,00	12,00	10,00	0,085
	GC	20	10,75	0,91	9,00	12,00	11,00	
	Total	41	9,95	2,16	3,00	12,00	11,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; T: Total.

Porém, ao comparar os grupos em relação ao quartil, percebe-se que, no GE houve maior número de crianças com resultados nos quartis “menor que 25” e “25” quando avaliada a categoria autoconceito social, com diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$). Porém, observa-se diferença estatisticamente não significante tanto para o resultado geral como para todas as outras dimensões, como demonstra a Tabela 13.

Tabela 13. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação à EAC-IJ – Quartil

Variável	Categoria	Grupo				Sig. (p)
		GE		GC		
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	
EACIJ Quartil	Menor que 25	5	23,80%	6	30,00%	0,453
	25	3	14,30%	1	5,00%	
	Menor que 50	3	14,30%	0	0,00%	
	50	2	9,50%	2	10,00%	
	Menor que 75	2	9,50%	2	10,00%	
	75	2	9,50%	1	5,00%	
	Maior que 75	4	19,00%	8	40,00%	
Pessoal Quartil	Menor que 25	4	19,00%	2	10,00%	0,953
	25	2	9,50%	1	5,00%	
	Menor que 50	2	9,50%	3	15,00%	
	50	3	14,30%	4	20,00%	
	Menor que 75	1	4,80%	1	5,00%	
	75	3	14,30%	2	10,00%	
	Maior que 75	6	28,60%	7	35,00%	
Escolar Quartil	Menor que 25	9	42,90%	8	40,00%	0,621
	25	4	19,00%	3	15,00%	
	Menor que 50	2	9,50%	0	0,00%	
	50	1	4,80%	3	15,00%	
	Menor que 75	0	0,00%	0	0,00%	
	75	4	19,00%	4	20,00%	
	Maior que 75	1	4,80%	2	10,00%	
Familiar Quartil	Menor que 25	3	14,30%	5	25,00%	0,707
	25	7	33,30%	5	25,00%	
	Menor que 50	2	9,50%	0	0,00%	
	50	3	14,30%	4	20,00%	
	Menor que 75	0	0,00%	0	0,00%	
	75	5	23,80%	5	25,00%	
	Maior que 75	1	4,80%	1	5,00%	
Social Quartil	Menor que 25	6	28,60%	0	0,00%	0,015*
	25	0	0,00%	0	0,00%	
	Menor que 50	2	9,50%	2	10,00%	
	50	5	23,80%	3	15,00%	
	Menor que 75	0	0,00%	0	0,00%	
	75	3	14,30%	12	60,00%	
	Maior que 75	5	23,80%	3	15,00%	

Legenda: a. Aplicação do *Teste da Razão de Verossimilhança*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Freq: Frequência; Perc: Percentual (em porcentagem); *p<0,05 (valor significativo).

Isso demonstra que, apesar do diagnóstico de TDAH, o GE não apresentou influência significativa no autoconceito em relação ao GC, demonstrando baixo autoconceito apenas nas relações sociais com os colegas e na sua autopercepção nestes momentos.

5.5. Avaliação da sintomatologia depressiva

Na avaliação da sintomatologia depressiva, o resultado total mostrou diferença estatisticamente não significativa.

Porém, ao se analisar cada questão em si, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em três itens do CDI, os quais se referem ao item 3: autoavaliação de desempenho, ou seja, a “crença do próprio sujeito de fazer as coisas do jeito errado”, ao item 8: “sentimentos de culpa por coisas ruins que acontecem” e ao item 14: “dificuldades para dormir” (Tabela 14).

No CDI, quanto maior a pontuação, maior a probabilidade da sintomatologia depressiva, ou seja, mais sinais para essa sintomatologia. Isso demonstra que os sujeitos com TDAH demonstraram, nesta pesquisa, que acreditam fazer mais coisas erradas, que sentem mais culpa pelas coisas ruins que acontecem e que têm mais dificuldades para dormir. No corpo do texto (Tabela 14) constam apenas as partes principais dos resultados, a tabela completa encontra-se no Anexo 15.

Tabela 14. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao CDI

Itens do CDI	Grupo	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
CDI Total	GE	8,10	5,98	1,00	22,00	6,00	0,110
	GC	5,20	3,53	0,00	15,00	5,00	
1-Tristeza	GE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,306
	GC	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	
2-Pessimismo	GE	0,62	0,59	0,00	2,00	1,00	0,540
	GC	0,70	0,47	0,00	1,00	1,00	
3-Autoavaliação de desempenho	GE	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,025*
	GC	0,15	0,49	0,00	2,00	0,00	
4-Anedonia, lazer	GE	0,57	0,68	0,00	2,00	0,00	0,488
	GC	0,65	0,49	0,00	1,00	1,00	
5-Conduitas hostis	GE	0,14	0,48	0,00	2,00	0,00	> 0,999
	GC	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
6-Medo/avaliação negativa do futuro	GE	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,480
	GC	0,60	0,50	0,00	1,00	1,00	
7-Autoconceito negativo	GE	0,19	0,40	0,00	1,00	0,00	0,418
	GC	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
8-Sentimentos de culpa	GE	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,017*
	GC	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
9-Ideação suicida	GE	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	0,329
	GC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10-Vontade de chorar	GE	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	0,525
	GC	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
11-Sentimentos de preocupação	GE	0,33	0,66	0,00	2,00	0,00	0,731
	GC	0,25	0,55	0,00	2,00	0,00	
12-Isolamento social	GE	0,14	0,36	0,00	1,00	0,00	0,949
	GC	0,15	0,37	0,00	1,00	0,00	
13-Preocupação com aparência	GE	0,52	0,75	0,00	2,00	0,00	0,601
	GC	0,35	0,49	0,00	1,00	0,00	
14-Dificuldades para dormir	GE	0,81	0,75	0,00	2,00	1,00	0,010*
	GC	0,25	0,44	0,00	1,00	0,00	
15-Sentimentos de cansaço/fadiga	GE	0,29	0,72	0,00	2,00	0,00	0,582
	GC	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
16-Sentimentos de solidão	GE	0,38	0,74	0,00	2,00	0,00	0,439
	GC	0,20	0,52	0,00	2,00	0,00	
17-interações escolares	GE	0,71	0,85	0,00	2,00	0,00	0,118
	GC	0,30	0,47	0,00	1,00	0,00	
18-Comparação de desempenho	GE	0,81	0,87	0,00	2,00	1,00	0,496
	GC	0,60	0,68	0,00	2,00	0,50	
19-Sentimentos de não ser amado	GE	0,48	0,75	0,00	2,00	0,00	0,135
	GC	0,15	0,37	0,00	1,00	0,00	
20-Desobediência	GE	0,43	0,60	0,00	2,00	0,00	0,188
	GC	0,20	0,41	0,00	1,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo. *p<0,05 (valor significativo).

5.6. Avaliação de critérios de comorbidades

A avaliação dos comportamentos (sintomas emocionais) e das comorbidades foi realizada pelo *Child Behavior Checklist* – CBCL.

A análise descritiva das escalas do CBCL demonstrou que o GE apresentou média dos escores maiores que o GC. A comparação estatística entre ambos (Teste de *Mann-Whitney*) indicou diferenças estatisticamente significantes nas seguintes escalas: IV-Problemas sociais ($p < 0,01$), VI-Problemas de atenção ($p < 0,01$) e IX-Outros ($p < 0,05$), conforme demonstra a Tabela 15.

Houve diferença estatisticamente não significativa nos outros escores, que compreendem I-Ansiedade/Depressão, II-Retramento/Depressão, III-Queixas somáticas, V-Problemas de pensamento, VII-Conduitas de quebrar regras, e VIII-Conduitas agressivas (Tabela 15).

A tabela com dados completos encontra-se no Anexo 16.

Tabela 15. Comparação^(a) dos grupos GE e GC em relação às escalas do CBCL

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
I-Ansiedade/Depressão	GE	21	5,86	4,64	1,00	17,00	5,00	0,844
	GC	20	4,95	2,87	0,00	11,00	4,50	
II-Retraimento/Depressão	GE	21	2,57	2,60	0,00	9,00	2,00	0,417
	GC	20	2,05	2,48	0,00	8,00	1,00	
III-Queixas Somáticas	GE	21	3,24	3,06	0,00	12,00	3,00	0,284
	GC	20	2,05	1,96	0,00	7,00	2,00	
IV-Problemas Sociais	GE	21	5,38	2,94	1,00	12,00	5,00	0,008**
	GC	20	3,10	1,71	0,00	7,00	3,00	
V-Problemas de Pensamento	GE	21	3,00	2,61	0,00	8,00	2,00	0,153
	GC	20	1,75	1,59	0,00	5,00	1,00	
VI-Problemas de Atenção	GE	21	10,76	2,77	6,00	17,00	11,00	< 0,001**
	GC	20	3,50	2,86	0,00	10,00	3,00	
VII-Conduitas de Quebrar Regras	GE	21	3,81	3,53	0,00	12,00	3,00	0,088
	GC	20	1,90	1,94	0,00	7,00	1,00	
VIII-Conduita Agressiva	GE	21	11,05	7,56	0,00	25,00	11,00	0,102
	GC	20	7,00	4,16	0,00	15,00	6,50	
IX-Outros	GE	21	6,62	3,23	1,00	12,00	7,00	0,047*
	GC	20	4,55	2,42	0,00	8,00	4,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo. *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

Nos escores do CBCL, o GE também obteve médias maiores que o GC ao se fazer uma análise descritiva. Na comparação estatística, houve diferença significativa nas escalas Outras (p<0,01) e no Escore total (p<0,01), conforme demonstra a Tabela 16.

Apesar do GE apresentar maiores médias, foram evidenciadas diferenças estatisticamente não significantes nos escores Conduitas internalizantes e Conduitas externalizantes.

Tabela 16. Comparação^(a) dos grupos GE e GC no CBCL.

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
Conduitas Internalizantes	GE	21	11,67	8,37	1,00	38,00	10,00	0,196
	GC	20	9,05	6,26	1,00	25,00	7,50	
	Total	41	10,39	7,44	1,00	38,00	9,00	
Conduitas Externalizantes	GE	21	14,86	10,39	0,00	37,00	13,00	0,077
	GC	20	8,90	5,45	0,00	18,00	9,00	
	Total	41	11,95	8,78	0,00	37,00	11,00	
Outras	GE	21	25,76	9,42	10,00	40,00	24,00	< 0,001**
	GC	20	12,90	6,46	0,00	26,00	12,50	
	Total	41	19,49	10,32	0,00	40,00	19,00	
CBCL – Total	GE	21	52,29	23,15	14,00	92,00	46,00	0,002**
	GC	20	30,85	15,21	1,00	66,00	29,50	
	Total	41	41,83	22,26	1,00	92,00	39,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo. **p<0,01 (valor muito significativo).

5.7. Relação entre as funções cognitivas e emocionais no GE

Além da comparação entre os grupos, cujos resultados já foram apresentados anteriormente, o trabalho também teve como objetivo relacionar as funções cognitivas e os aspectos emocionais em crianças com TDAH, para verificar se haveria relação entre os resultados das provas de funções cognitivas e os de autoconceito, de autoestima, de sintomas depressivos e de comorbidade. Essa análise foi feita por meio do *teste de Correlação de Spearman* com o objetivo de verificar o grau de relacionamento entre as variáveis de interesse.

As variáveis pesquisadas foram divididas em dois blocos, sendo o primeiro relacionado aos testes das funções cognitivas (subtestes e índices do WISC-III, TC-FG, TC-LF, TMT-A, TMT-B, ToL, Wisconsin) e o outro, aos testes que avaliaram os aspectos emocionais (EMAE, EAC-IJ, CDI e CBCL).

Das 2475 correlações calculadas (referentes a todos os testes e subitens), apenas 108 (4,36%) evidenciaram diferenças estatisticamente significantes. Assim, pode-se afirmar que, no geral, ambos os blocos de variáveis não demonstraram relação entre si neste estudo. As tabelas completas encontram-se em anexo.

No bloco dos testes que avaliaram os aspectos emocionais, foram selecionados os resultados gerais de cada teste e apenas os subitens que demonstraram diferenças estatisticamente significantes quando comparados o GE e o GC, conforme já demonstrado anteriormente.

A seguir essas correlações serão divididas por funções.

5.7.1 Relação entre atenção e memória X aspectos emocionais no GE

Para a análise de atenção e de memória em relação aos aspectos emocionais, devido ao grande número de dados, foram selecionados apenas os resultados gerais dos testes que avaliaram os aspectos emocionais, assim como os itens que, na comparação com o GC (descrita anteriormente), obtiveram diferença estatisticamente significativa.

Na relação entre a autoestima, medida pela Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE), e os subtestes do WISC-III (Aritmética, Dígitos, Código-B e Procurar Símbolos-B), houve relação estatisticamente não significativa entre as variáveis (Tabela 17).

Tabela 17. Relação ^(a) entre as variáveis EMAE e os subtestes do WISC-III no GE.

Variável	Estatística	Aritmética	Dígitos	Código-B	Procurar
					Símbolos-B
EMAE Total	r	-0,193	-0,053	0,287	0,387
	Sig. (p)	0,402	0,819	0,208	0,083
	N	21	21	21	21
EMAE Média	r	-0,193	-0,053	0,287	0,387
	Sig. (p)	0,402	0,819	0,208	0,083
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	-0,133	-0,259	-0,079	0,153
	Sig. (p)	0,566	0,256	0,734	0,509
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	-0,112	-0,294	-0,053	0,175
	Sig. (p)	0,629	0,196	0,818	0,449
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	-0,073	-0,209	0,220	0,104
	Sig. (p)	0,755	0,364	0,337	0,652
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	-0,369	0,100	0,352	0,376
	Sig. (p)	0,100	0,666	0,118	0,093
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	-0,369	0,100	0,352	0,376
	Sig. (p)	0,100	0,666	0,118	0,093
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	-0,295	-0,250	0,283	0,293
	Sig. (p)	0,193	0,275	0,214	0,197
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	-0,300	-0,245	0,293	0,303
	Sig. (p)	0,187	0,284	0,197	0,181
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho.

Na relação entre a autoestima (EMA) e os e os índices do WISC-III Velocidade de processamento (IVP), que avalia a atenção sustentada visual e Resistência à distração (IRD), que avalia a atenção sustentada auditiva, houve correlação estatisticamente significativa em seis itens, que serão descritos a seguir (Tabela 18).

Os dois primeiros resultados com relações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) correspondem a uma relação positiva entre o EMAE total (geral e média) e o conceito no Índice de Velocidade de Processamento, ou seja, quanto maiores os resultados na atenção sustentada visual (IVP-C), maiores foram os resultados (bruto e média geral) na EMAE (melhor autoestima).

Os outros resultados com correlação significativa ($p < 0,05$) foram referentes à relação da Dimensão 3: Família (itens que expressam julgamentos a respeito de características das relações no contexto familiar, tais como a aceitação ou não, por parte dos pais, dos seus sentimentos e pensamentos e da atenção, cuidado e afeição percebida) e o Índice de Velocidade de Processamento assim como o conceito desse índice.

Isso significa que, quanto maiores os valores dos resultados na atenção sustentada visual (IVP-C), maiores os valores nos itens referentes às relações no contexto familiar (Dimensão 3).

Nas outras relações referentes à Tabela 18, não houve correlação estatisticamente significativa.

Tabela 18. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e os índices do WISC-III no GE

Variável	Estatística	IRD	IRD-Conceito	IVP	IVP-Conceito
EMAE Total	r	-0,216	-0,251	0,422	0,470
	Sig. (p)	0,348	0,272	0,057	0,032*
	N	21	21	21	21
EMAE Média	r	-0,216	-0,251	0,422	0,470
	Sig. (p)	0,348	0,272	0,057	0,032*
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	-0,223	-0,312	0,062	0,229
	Sig. (p)	0,332	0,169	0,791	0,318
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	-0,232	-0,333	0,089	0,255
	Sig. (p)	0,311	0,140	0,700	0,265
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	-0,231	-0,249	0,239	0,203
	Sig. (p)	0,314	0,277	0,297	0,377
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	-0,193	-0,204	0,444	0,473
	Sig. (p)	0,402	0,374	0,044*	0,030*
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	-0,193	-0,204	0,444	0,473
	Sig. (p)	0,402	0,374	0,044*	0,030*
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	-0,346	-0,410	0,373	0,407
	Sig. (p)	0,124	0,065	0,096	0,067
	N	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	-0,349	-0,410	0,384	0,416
	Sig. (p)	0,121	0,065	0,086	0,060
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; IRD: Índice de Resistência à Distração; IVP: Índice de Velocidade de Processamento; *p<0,05 (valor significativo).

Na relação entre a autoestima (EMAE) e o Teste de Cancelamento com Lápis e Papel– TC, que avalia a atenção sustentada visual, não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 19).

Tabela 19. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o TC

Variável	Estatística	TC-FG	TC-FG	TC-FG	TC-LF	TC-LF	TC-LF
		T	EO	EC	T	EO	EC
EMAE Total	r	-0,139	0,239	-0,222	0,088	0,127	-0,222
	Sig. (p)	0,548	0,298	0,334	0,703	0,584	0,334
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Média	r	-0,139	0,239	-0,222	0,088	0,127	-0,222
	Sig. (p)	0,548	0,298	0,334	0,703	0,584	0,334
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	-0,190	0,264	-0,279	0,061	0,059	-0,279
	Sig. (p)	0,408	0,248	0,221	0,791	0,800	0,221
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	-0,169	0,253	-0,278	0,050	0,054	-0,278
	Sig. (p)	0,465	0,268	0,223	0,831	0,817	0,223
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	0,174	0,258	-0,037	0,210	-0,015	-0,037
	Sig. (p)	0,449	0,258	0,873	0,360	0,948	0,873
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	-0,179	0,363	-0,167	0,228	0,039	-0,167
	Sig. (p)	0,437	0,105	0,470	0,320	0,866	0,470
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	-0,179	0,363	-0,167	0,228	0,039	-0,167
	Sig. (p)	0,437	0,105	0,470	0,320	0,866	0,470
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	-0,068	0,199	-0,149	0,108	-0,036	-0,149
	Sig. (p)	0,769	0,387	0,521	0,640	0,878	0,521
	N	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	-0,064	0,199	-0,148	0,114	-0,036	-0,148
	Sig. (p)	0,784	0,387	0,521	0,624	0,878	0,521
	N	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; TC-FG: Teste de Cancelamento Figuras Geométricas; TC-LF: Teste de Cancelamento – Letras em Fileiras; T: Tempo; EO: Erros de Omissão; EC: Erros de Comissão.

A relação entre a autoestima (EMA) e o *Trail Making Test A* – TMT-A, que também avalia a atenção sustentada visual, demonstrou mais uma vez que houve correlação estatisticamente não significativa em nenhum dos itens (Tabela 20).

Tabela 20. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o TMT-A

Variável	Estatística	TMTA T	TMTA Erros
EMAE Total	r	0,085	-0,185
	Sig. (p)	0,716	0,422
	N	21	21
EMAE Média	r	0,085	-0,185
	Sig. (p)	0,716	0,422
	N	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	0,200	0,095
	Sig. (p)	0,384	0,681
	N	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	0,191	0,114
	Sig. (p)	0,406	0,622
	N	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	0,077	-0,359
	Sig. (p)	0,741	0,110
	N	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	0,262	-0,232
	Sig. (p)	0,252	0,312
	N	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	0,262	-0,232
	Sig. (p)	0,252	0,312
	N	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	0,173	-0,049
	Sig. (p)	0,453	0,832
	N	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	0,180	-0,055
	Sig. (p)	0,436	0,814
	N	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; T: Tempo.

Em suma, em relação à autoestima e aos testes de atenção sustentada e memória imediata, foram analisadas 144 correlações e, dessas apenas seis (4,17%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se deduzir que, no geral, essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

Na relação entre o autoconceito, medido pela Escala de Auto-Conceito Infante-Juvenil (EAC-IJ), e os subtestes do WISC-III (Aritmética, Dígitos, Código-B e Procurar Símbolos-B), não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (Tabela 21).

Tabela 21. Relação ^(a) entre as variáveis EAC-IJ e os subtestes do WISC-III no GE

Variável	Estatística	Aritmética	Dígitos	Código-B	Procurar Símbolos-B
EACIJ Total	r	0,002	-0,216	0,157	0,058
	Sig. (p)	0,994	0,347	0,497	0,802
	N	21	21	21	21
EACIJ Quartil	r	-0,005	-0,241	0,049	0,002
	Sig. (p)	0,983	0,293	0,832	0,993
	N	21	21	21	21
Social Quartil	r	0,161	-0,031	0,076	-0,066
	Sig. (p)	0,485	0,893	0,745	0,775
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p.

Na relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e os índices do WISC-III que avaliam a atenção sustentada visual e auditiva (Índice de Resistência à Distração e Índice de Velocidade de Processamento) não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (Tabela 22).

Tabela 22. Relação ^(a) entre as variáveis EAC-IJ e os índices do WISC-III no GE.

Variável	Estatística	IRD	IRD-Conceito	IVP	IVP-Conceito
EACIJ Total	r	-0,187	-0,155	0,198	0,191
	Sig. (p)	0,417	0,503	0,390	0,408
	N	21	21	21	21
EACIJ Quartil	r	-0,213	-0,146	0,101	0,115
	Sig. (p)	0,354	0,528	0,662	0,620
	N	21	21	21	21
Social Quartil	r	0,041	0,075	0,105	0,096
	Sig. (p)	0,862	0,748	0,651	0,680
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; IRD: Índice de Resistência à Distração; IVP: Índice de Velocidade de Processamento.

Quanto à relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e o Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – TC, que avalia a atenção sustentada visual,

pode-se observar que não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (Tabela 23).

Tabela 23. Relação ^(a) entre as variáveis EAC-IJ e o TC.

Variável	Estatística	TC-FG	TC-FG	TC-FG	TC-LF	TC-LF	TC-LF
		T	EO	EC	T	EO	EC
EACIJ Total	r	-0,019	0,382	-0,185	-0,136	-0,016	-0,185
	Sig. (p)	0,936	0,087	0,422	0,556	0,945	0,422
	N	21	21	21	21	21	21
EACIJ Quartil	r	-0,017	0,351	-0,299	-0,156	-0,005	-0,299
	Sig. (p)	0,940	0,119	0,187	0,500	0,984	0,187
	N	21	21	21	21	21	21
Social Quartil	r	-0,106	0,430	-0,284	-0,227	-0,017	-0,284
	Sig. (p)	0,646	0,052	0,211	0,321	0,940	0,211
	N	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; TC-FG: Teste de Cancelamento Figuras Geométricas; TC-LF: Teste de Cancelamento – Letras em Fileiras; T: Tempo; EO: Erros de Omissão; EC: Erros de Comissão.

Na relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e o *Trail Making Test A* – TMT-A, que também avalia a atenção sustentada visual, pode-se observar que não houve correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (Tabela 24).

Tabela 24. Relação ^(a) entre as variáveis EAC-IJ e o TMT-A.

Variável	Estatística	TMTA T	TMTA Erros
EACIJ Total	r	0,127	-0,177
	Sig. (p)	0,584	0,442
	N	21	21
EACIJ Quartil	r	0,092	-0,227
	Sig. (p)	0,693	0,323
	N	21	21
Social Quartil	r	-0,052	-0,167
	Sig. (p)	0,824	0,469
	N	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: Coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo.

Dentre as 48 correlações analisadas, nenhuma (0%) é estatisticamente significativa. Esses resultados da Escala de Auto-Conceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ) demonstram que, neste grupo, não há relação entre o baixo autoconceito e os resultados piores em provas de atenção sustentada e memória imediata, ou seja, não houve relação entre maior dificuldade em provas de atenção sustentada e memória imediata com um pior autoconceito neste grupo.

Na relação entre as variáveis do Inventário de Depressão Infantil (CDI), que avalia a sintomatologia depressiva, e os subtestes do WISC-III (Aritmética, Dígitos, Código-B e Procurar Símbolos-B) que avaliam a atenção sustentada e a memória imediata, não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 25).

Tabela 25. Relação ^(a) entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e os subtestes do WISC-III no GE

Variável	Estatística	Aritmética	Dígitos	Código-B	Procurar Símbolos-B
CDI Total	r	0,064	0,187	0,206	-0,019
	Sig. (p)	0,781	0,416	0,370	0,936
	N	21	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	0,071	-0,199	-0,190	-0,218
	Sig. (p)	0,760	0,387	0,410	0,341
	N	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	-0,057	0,138	0,079	0,100
	Sig. (p)	0,806	0,552	0,735	0,666
	N	21	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,248	0,040	0,023	-0,004
	Sig. (p)	0,279	0,862	0,922	0,988
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p.

Na relação entre as variáveis do CDI e os índices do WISC-III Velocidade de Processamento (IVP), que avalia a atenção sustentada visual e Resistência à

Distração (IRD), que avalia a atenção sustentada auditiva, novamente não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens, conforme pode ser observado na Tabela 26.

Tabela 26. Relação ^(a) entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e os índices do WISC-III no GE.

Variável	Estatística	IRD	IRD-Conceito	IVP	IVP-Conceito
CDI Total	r	0,132	0,089	0,088	-0,015
	Sig. (p)	0,568	0,703	0,704	0,950
	N	21	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	-0,018	0,035	-0,267	-0,248
	Sig. (p)	0,938	0,879	0,242	0,279
	N	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	-0,104	-0,024	0,075	0,017
	Sig. (p)	0,655	0,918	0,746	0,942
	N	21	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,132	0,167	-0,004	-0,019
	Sig. (p)	0,567	0,470	0,985	0,936
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; IRD: Índice de Resistência à Distração; IVP: Índice de Velocidade de Processamento.

A relação entre as variáveis do CDI e o Teste de Cancelamento com Lápis e Papel– TC, que avalia a atenção sustentada visual, demonstrou novamente que não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 27).

Tabela 27. Relação ^(a) entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e o TC

Variável	Estatística	TC-FG	TC-FG	TC-FG	TC-LF	TC-LF	TC-LF
		T	EO	EC	T	EO	EC
CDI Total	r	0,230	0,029	0,297	0,035	0,148	0,297
	Sig. (p)	0,316	0,902	0,191	0,882	0,521	0,191
	N	21	21	21	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	0,227	-0,161	-0,188	-0,133	-0,186	-0,188
	Sig. (p)	0,322	0,486	0,413	0,567	0,420	0,413
	N	21	21	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,015	0,069	0,209	-0,321	0,423	0,209
	Sig. (p)	0,948	0,766	0,362	0,156	0,056	0,362
	N	21	21	21	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,105	0,014	-0,259	-0,176	0,310	-0,259
	Sig. (p)	0,651	0,953	0,258	0,444	0,171	0,258
	N	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; TC-FG: Teste de Cancelamento Figuras Geométricas; TC-LF: Teste de Cancelamento – Letras em Fileiras; T: Tempo; EO: Erros de Omissão; EC: Erros de Comissão.

A relação entre as variáveis do CDI e o *Trail Making Test A* – TMT-A, que também avalia a atenção sustentada visual, demonstrou mais uma vez que não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 28).

Tabela 28. Relação ^(a) entre as variáveis CDI total, CDI 3, CDI 8, CDI 14 e o TMT-A

Variável	Estatística	TMTA T	TMTA Erros
CDI Total	r	-0,102	0,014
	Sig. (p)	0,660	0,952
	N	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	-0,029	-0,049
	Sig. (p)	0,899	0,831
	N	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,055	0,134
	Sig. (p)	0,814	0,563
	N	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	-0,166	-0,015
	Sig. (p)	0,471	0,949
	N	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo.

Resumindo, em relação à sintomatologia depressiva, foram analisadas 68 correlações e, dessas nenhuma (0%) é estatisticamente significante. Esses resultados demonstram que, no grupo avaliado, não há relação entre a sintomatologia depressiva e os resultados em provas de atenção sustentada e de memória imediata.

Na relação entre as variáveis do *Child Behavior Checklist* (CBCL - avalia comportamentos e sintomas emocionais e comorbidade) e os subtestes do WISC-III (Aritmética, Dígitos, Código-B e Procurar Símbolos-B), que avaliam a atenção sustentada e a memória imediata, houve correlação significativa apenas em dois dos itens (Tabela 29).

O primeiro resultado muito significativo ($p < 0,01$) foi na correlação negativa entre o subteste Procurar Símbolos-B (atenção sustentada visual) e o item IX- Outros do CBCL, ou seja, quanto mais sintomas comportamentais (fora das categorias do CBCL, por isso em outros), pior o resultado no subteste Procurar Símbolos-B.

Outro resultado significativo ($p < 0,05$) foi a correlação positiva entre condutas internalizantes e o subitem aritmética do WISC-III, ou seja, o resultado sugere que quanto mais sintomas internalizantes o grupo apresenta, melhor seu resultado em tarefas de aritmética, que avaliam habilidade matemática e atenção sustentada auditiva.

Quanto aos outros itens desta tabela, não houve correlação estatisticamente significativa.

Tabela 29. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e os subtestes do WISC-III no GE

Variável	Estatística	Aritmética	Dígitos	Código-B	Procurar Símbolos-B
IV-Problemas Sociais	r	0,128	-0,088	-0,056	0,008
	Sig. (p)	0,580	0,704	0,810	0,973
	N	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,054	0,072	-0,098	-0,146
	Sig. (p)	0,818	0,756	0,672	0,527
	N	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,124	-0,137	-0,190	-0,566
	Sig. (p)	0,594	0,554	0,409	0,007**
	N	21	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	0,451	-0,009	-0,176	-0,104
	Sig. (p)	0,040*	0,970	0,445	0,654
	N	21	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	0,025	0,019	0,031	-0,039
	Sig. (p)	0,914	0,934	0,893	0,866
	N	21	21	21	21
Outras	r	0,165	-0,081	-0,101	-0,186
	Sig. (p)	0,474	0,726	0,663	0,419
	N	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,221	-0,038	-0,150	-0,187
	Sig. (p)	0,336	0,870	0,516	0,417
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

Na relação entre as variáveis do CBCL e os índices do WISC-III Velocidade de Processamento (IVP), que avalia a atenção sustentada visual e Resistência à Distração (IRD), que avalia a atenção sustentada auditiva, não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens, conforme pode ser observado na Tabela 30.

Tabela 30. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e os índices do WISC-III no GE

Variável	Estatística	IRD	IRD-Conceito	IVP	IVP-Conceito
IV-Problemas Sociais	r	0,067	-0,012	-0,019	0,064
	Sig. (p)	0,773	0,959	0,933	0,784
	N	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,139	-0,001	-0,129	-0,110
	Sig. (p)	0,547	0,997	0,577	0,636
	N	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,050	-0,023	-0,348	-0,391
	Sig. (p)	0,829	0,921	0,122	0,080
	N	21	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	0,380	0,242	-0,171	-0,102
	Sig. (p)	0,089	0,290	0,458	0,661
	N	21	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	-0,002	-0,050	-0,008	-0,037
	Sig. (p)	0,992	0,829	0,974	0,872
	N	21	21	21	21
Outras	r	0,109	-0,004	-0,133	-0,106
	Sig. (p)	0,638	0,988	0,565	0,648
	N	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,152	0,058	-0,173	-0,152
	Sig. (p)	0,512	0,802	0,454	0,511
	N	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; IRD: Índice de Resistência à Distração; IVP: Índice de Velocidade de Processamento.

A análise entre as variáveis do CBCL e o Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – TC, que avalia a atenção sustentada visual, demonstrou novamente que não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 31).

Tabela 31. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e o TC

Variável	Estatística	TC-FG	TC-FG	TC-FG	TC-LF	TC-LF	TC-LF
		T	EO	EC	T	EO	EC
IV-Problemas Sociais	r	0,063	0,034	0,093	0,093	-0,149	0,093
	Sig. (p)	0,787	0,883	0,689	0,689	0,518	0,689
	N	21	21	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	-0,131	-0,029	0,037	-0,073	0,164	0,037
	Sig. (p)	0,570	0,901	0,872	0,753	0,477	0,872
	N	21	21	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,124	0,040	0,353	-0,010	-0,169	0,353
	Sig. (p)	0,591	0,863	0,116	0,964	0,465	0,116
	N	21	21	21	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	0,007	-0,118	0,222	-0,064	-0,046	0,222
	Sig. (p)	0,975	0,610	0,333	0,784	0,841	0,333
	N	21	21	21	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	-0,013	-0,121	0,259	-0,124	0,142	0,259
	Sig. (p)	0,955	0,600	0,256	0,591	0,540	0,256
	N	21	21	21	21	21	21
Outras	r	0,057	-0,050	0,204	0,012	-0,020	0,204
	Sig. (p)	0,806	0,830	0,376	0,958	0,933	0,376
	N	21	21	21	21	21	21
CBCL – Total	r	-0,026	-0,103	0,204	-0,117	0,085	0,204
	Sig. (p)	0,912	0,656	0,376	0,615	0,714	0,376
	N	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; TC-FG: Teste de Cancelamento Figuras Geométricas; TC-LF: Teste de Cancelamento – Letras em Fileiras; T: Tempo; EO: Erros de Omissão; EC: Erros de Comissão.

A análise entre as variáveis do CBCL e o *Trail Making Test A – TMT-A*, que também avalia a atenção sustentada visual, demonstrou novamente que não houve correlação estatisticamente significativa em nenhum dos itens (Tabela 32).

Tabela 32. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e o TMT-A

Variável	Estatística	TMTA T	TMTA Erros
IV-Problemas Sociais	r	0,189	0,101
	Sig. (p)	0,413	0,664
	N	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	-0,227	0,377
	Sig. (p)	0,323	0,092
	N	21	21
IX-Outros	r	-0,205	0,094
	Sig. (p)	0,373	0,684
	N	21	21
Condutas Internalizantes	r	-0,007	0,169
	Sig. (p)	0,978	0,465
	N	21	21
Condutas Externalizantes	r	-0,204	0,384
	Sig. (p)	0,374	0,085
	N	21	21
Outras	r	-0,075	0,220
	Sig. (p)	0,747	0,339
	N	21	21
CBCL – Total	r	-0,198	0,346
	Sig. (p)	0,389	0,125
	N	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo.

Finalmente, em relação aos comportamentos e aos sintomas emocionais e comorbidade (CBCL) e os testes de atenção sustentada e memória imediata, foram analisadas 112 correlações e, dessas apenas duas (1,79%) são estatisticamente significantes. Assim, mais uma vez pode-se deduzir que, de forma geral, neste estudo, essas variáveis não estão relacionadas entre si.

Em todas as análises realizadas na relação entre atenção e memória e os aspectos emocionais no GE, foram analisadas 372 correlações e, dessas, apenas oito (2,15%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se afirmar que não houve relação entre atenção e memória e os aspectos emocionais neste estudo.

5.7.2. Relação entre funções executivas X aspectos emocionais no GE

Na relação entre as funções executivas e os aspectos emocionais, foram selecionados apenas os resultados gerais e os itens que, na comparação com o GC, obtiveram diferença estatisticamente significativa, conforme descritos anteriormente.

Neste trabalho, em relação às funções executivas, foram avaliadas a flexibilidade mental, a atenção alternada e seletiva, e a capacidade de planejamento e antecipação de ações.

Na relação entre a autoestima, medida pela Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE) e a flexibilidade mental e atenção alternada (*Trail Making Test B* – TMT-B), houve correlações significativas ($p < 0,05$) entre as variáveis apenas em dois itens (Tabela 33).

As correlações positivas ($p < 0,05$) são entre a Dimensão 1: Aceitação social (itens que expressam julgamentos a respeito de características de si mesmo diante das relações sociais, como aceitação social; socialização; habilidade social; extroversão; habilidade de influenciar o outro, de expressão das próprias opiniões, de expressão de sentimentos; afeto; e estados de humor), tanto em seu resultado total como na média, e em erros de alternância do TMT-B. Isso significa que, quanto maior o número de erros na alternância dos estímulos, maior a pontuação referente a julgamentos nas relações sociais estabelecidas.

Nos outros itens da Tabela 33, não houve correlações significativas.

Tabela 33. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o TMT-B.

Variável	Estatística	TMTB T	TMTB EA	TMTB ES
EMAE Total	r	0,028	0,244	0,266
	Sig. (p)	0,904	0,287	0,244
	N	21	21	21
EMAE Média	r	0,028	0,244	0,266
	Sig. (p)	0,904	0,287	0,244
	N	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	0,150	0,466	0,354
	Sig. (p)	0,516	0,033*	0,116
	N	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	0,154	0,473	0,371
	Sig. (p)	0,505	0,030*	0,097
	N	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	-0,204	-0,220	-0,047
	Sig. (p)	0,376	0,337	0,838
	N	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	0,259	0,247	0,308
	Sig. (p)	0,257	0,281	0,174
	N	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	0,259	0,247	0,308
	Sig. (p)	0,257	0,281	0,174
	N	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	0,079	0,294	0,271
	Sig. (p)	0,733	0,195	0,234
	N	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	0,082	0,291	0,271
	Sig. (p)	0,725	0,201	0,234
	N	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; T: Tempo; EA: Erros de alternância; ES: Erros de Sequência; *p<0,05 (valor significativo).

A relação entre a autoestima (EMAЕ) e a capacidade do indivíduo de selecionar estímulos relevantes e de ignorar os estímulos irrelevantes (*Stroop Color Word Test* – SCWT – Versão Victoria) demonstrou que houve correlação positiva significativa (p<0,05) em sete itens, sendo que todos foram relacionados apenas no tempo utilizado no cartão Palavras (situação congruente) do Stroop em relação aos resultados do EMAE geral total e média; Dimensão 2: Percepção de si total; Dimensão 3: Família total e média; e Dimensão 4: Desempenho total e média. Isso significaria que, quanto maior o tempo utilizado na situação

congruente, maiores os resultados na autoestima das crianças, assim como nas dimensões acima citadas (Tabela 34). No entanto, nos outros itens desta análise, não houve correlações significativas, inclusive no cartão Cor-Palavra e no fator interferência, que seriam medidas da atenção seletiva, demonstrando que essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

Devido à extensão dos dados da tabela, foram selecionados apenas os dados principais e a sua forma completa encontra-se no Anexo 17.

Tabela 34. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C T	SCWT-C E	SCWT-P T	SCWT-P E	SCWT-CP T	SCWT-CP E	SCWT Int T	SCWT Int E
EMAE Total	r	0,222	0,084	0,490	0,059	0,161	0,033	0,111	0,050
	Sig. (p)	0,334	0,716	0,024*	0,801	0,485	0,886	0,631	0,829
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Média	r	0,222	0,084	0,490	0,059	0,161	0,033	0,111	0,050
	Sig. (p)	0,334	0,716	0,024*	0,801	0,485	0,886	0,631	0,829
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1	r	0,104	0,127	0,228	0,086	0,053	0,199	0,020	0,168
	Sig. (p)	0,653	0,583	0,320	0,709	0,819	0,386	0,933	0,467
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	0,095	0,121	0,241	0,104	0,065	0,197	0,036	0,170
	Sig. (p)	0,682	0,600	0,293	0,654	0,781	0,393	0,876	0,461
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 2	r	0,165	-0,159	0,513	0,077	0,132	-0,412	0,048	-0,364
	Sig. (p)	0,475	0,491	0,017*	0,741	0,569	0,063	0,835	0,104
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3	r	0,265	0,175	0,434	0,132	0,217	0,053	0,144	0,034
	Sig. (p)	0,245	0,449	0,049*	0,569	0,344	0,820	0,533	0,885
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	0,265	0,175	0,434	0,132	0,217	0,053	0,144	0,034
	Sig. (p)	0,245	0,449	0,049*	0,569	0,344	0,820	0,533	0,885
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4	r	0,216	0,129	0,541	0,256	0,239	0,161	0,193	0,171
	Sig. (p)	0,346	0,577	0,011*	0,263	0,297	0,486	0,403	0,459
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	0,214	0,135	0,540	0,256	0,235	0,162	0,190	0,172
	Sig. (p)	0,351	0,558	0,012*	0,263	0,305	0,483	0,410	0,457
	N	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; Fac: Facilitação; *p<0,05 (valor significativo).

Na relação entre a autoestima (EMAE) e a capacidade de planejamento mental e antecipação de ações (*Tower of London* – ToL – Torre de Londres), não houve correlações significativas, demonstrando que essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo (Tabela 35).

Tabela 35. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o ToL no GE.

Variável	Estatística	ToL
EMAE Total	r	-0,061
	Sig. (p)	0,794
	N	21
EMAE Média	r	-0,061
	Sig. (p)	0,794
	N	21
EMAE Dim 1 Total	r	-0,045
	Sig. (p)	0,845
	N	21
EMAE Dim 1 Média	r	-0,033
	Sig. (p)	0,887
	N	21
EMAE Dim 2 Total	r	-0,088
	Sig. (p)	0,705
	N	21
EMAE Dim 3 Total	r	-0,295
	Sig. (p)	0,194
	N	21
EMAE Dim 3 Média	r	-0,295
	Sig. (p)	0,194
	N	21
EMAE Dim 4 Total	r	-0,020
	Sig. (p)	0,930
	N	21
EMAE Dim 4 Média	r	-0,019
	Sig. (p)	0,934
	N	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho.

Na relação entre a autoestima (EMAE) e a avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), por meio do *Wisconsin Card Sorting Test* – WCST, não houve correlação significativa em nenhum dos itens analisados. Os

dados estão descritos de forma resumida na Tabela 36, a qual e poderá ser vista por completo no Anexo 18.

Tabela 36. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE-P	WCST PE-P	WCST PRP-P	WCST PEP-P	WCST PENP-P	WCST PRNC	WCST PRNC-P	WCST NCC	WCST FMC
EMAE	r	-0,029	-0,059	-0,077	-0,175	-0,149	0,238	-0,051	-0,093	-0,072	-0,140
Total	Sig. (p)	0,900	0,799	0,741	0,449	0,519	0,299	0,827	0,689	0,755	0,545
EMAE	r	-0,029	-0,059	-0,077	-0,175	-0,149	0,238	-0,051	-0,093	-0,072	-0,140
Média	Sig. (p)	0,900	0,799	0,741	0,449	0,519	0,299	0,827	0,689	0,755	0,545
EMAE	r	0,137	-0,234	-0,232	-0,190	-0,127	-0,115	-0,159	-0,258	-0,158	-0,049
Dim 1											
Total	Sig. (p)	0,554	0,306	0,312	0,408	0,584	0,620	0,491	0,258	0,493	0,833
EMAE	r	0,143	-0,244	-0,241	-0,205	-0,141	-0,102	-0,172	-0,262	-0,170	-0,032
Dim 1											
Média	Sig. (p)	0,536	0,287	0,292	0,374	0,541	0,659	0,457	0,252	0,463	0,890
EMAE	r	-0,081	0,192	0,181	0,065	0,001	0,325	0,159	0,192	0,166	-0,171
Dim 2											
Total	Sig. (p)	0,726	0,405	0,432	0,781	0,997	0,150	0,491	0,405	0,473	0,459
EMAE	r	0,093	-0,179	-0,185	-0,283	-0,279	0,142	-0,191	-0,195	-0,183	-0,362
Dim 3											
Total	Sig. (p)	0,688	0,437	0,423	0,213	0,220	0,539	0,406	0,397	0,428	0,107
EMAE	r	0,093	-0,179	-0,185	-0,283	-0,279	0,142	-0,191	-0,195	-0,183	-0,362
Dim 3											
Média	Sig. (p)	0,688	0,437	0,423	0,213	0,220	0,539	0,406	0,397	0,428	0,107
EMAE	r	0,063	-0,227	-0,223	-0,246	-0,201	0,098	-0,187	-0,217	-0,213	-0,070
Dim 4											
Total	Sig. (p)	0,785	0,322	0,331	0,283	0,383	0,674	0,418	0,345	0,353	0,763
EMAE	r	0,063	-0,224	-0,221	-0,250	-0,206	0,107	-0,187	-0,215	-0,213	-0,078
Dim 4											
Média	Sig. (p)	0,785	0,328	0,336	0,275	0,371	0,645	0,417	0,349	0,353	0,738

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto.

Resumindo, em relação à autoestima e às funções executivas, foram analisadas 261 correlações e, dessas apenas nove (3,45%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se deduzir que, no geral, essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

Na relação entre o autoconceito, medido pela Escala de Auto-Conceito Infante-Juvenil (EAC-IJ) e a flexibilidade mental e atenção alternada (*Trail Making Test B* – TMT-B), não houve correlações significativas entre nenhuma das variáveis, demonstrando que essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo (Tabela 37).

Tabela 37. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e o TMT-B.

Variável	Estatística	TMTB T	TMTB EA	TMTB ES
EACIJ Total	r	-0,175	0,002	0,039
	Sig. (p)	0,448	0,993	0,868
	N	21	21	21
EACIJ Quartil	r	-0,249	-0,003	-0,011
	Sig. (p)	0,276	0,990	0,963
	N	21	21	21
Social Quartil	r	-0,321	-0,127	-0,143
	Sig. (p)	0,157	0,583	0,535
	N	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo; EA: Erros de alternância; ES: Erros de Sequência; *p<0,05 (valor significativo).

A relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e a capacidade do indivíduo selecionar estímulos relevantes e ignorar os irrelevantes (*Stroop Color Word Test* – SCWT – Versão Victoria) demonstrou que, neste estudo, não houve correlação significativa em nenhum dos itens analisados, conforme demonstra a tabela 38, cuja forma completa encontra-se no Anexo 19.

Tabela 38. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C	SCWT-C	SCWT-P	SCWT-P	SCWT-CP	SCWT-CP	SCWT	SCWT
		T	E	T	E	T	E	Int T	Int E
EACIJ Total	r	0,004	-0,037	0,220	0,050	0,152	-0,026	0,136	0,057
	Sig. (p)	0,985	0,875	0,339	0,829	0,512	0,912	0,557	0,806
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
EACIJ Quartil	r	-0,032	-0,112	0,206	-0,005	0,103	-0,025	0,092	0,111
	Sig. (p)	0,890	0,630	0,371	0,984	0,657	0,913	0,692	0,631
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
Social Quartil	r	-0,015	-0,156	0,108	-0,233	0,188	0,086	0,265	0,304
	Sig. (p)	0,947	0,499	0,642	0,309	0,415	0,710	0,246	0,180
	N	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência.

Na relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e a capacidade de planejamento mental e a antecipação de ações (*Tower of London – ToL – Torre de Londres*), não houve correlações significativas, demonstrando que, neste estudo, essas variáveis não estão relacionadas entre si (Tabela 39).

Tabela 39. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e o ToL no GE.

Variável	Estatística	ToL
EACIJ Total	r	-0,156
	Sig. (p)	0,501
	N	21
EACIJ Quartil	r	-0,080
	Sig. (p)	0,729
	N	21
Social Quartil	r	-0,082
	Sig. (p)	0,723
	N	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p.

Na relação entre o autoconceito (EAC-IJ) e a avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), pelo *Wisconsin Card Sorting Test – WCST*, na análise entre os itens selecionados, houve correlação significativa apenas em

relação ao resultado geral da EAC-IJ. A correlação significativa foi negativa nos itens: percentil do Percentual de erros, percentil do Percentual de respostas perseverativas e percentil do Percentual de erros perseverativos.

No total de itens analisados na relação EAC-IJ e Wisconsin, dos 45 itens, apenas sete (15,56%) tiveram correlação significativa. Os resultados relevantes encontram-se na Tabela 40 e podem ser vistos por completo no Anexo 20.

Tabela 40. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e do Wisconsin no GE

Variável	Estatística	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST
		NEA	NTE-P	PE-P	PRP-P	PEP-P	PENP-P	PRNC	PRNC-P	NCC	FMC
EACIJ	r	0,124	-0,395	-0,440	-0,435	-0,459	-0,093	-0,340	-0,390	-0,174	-0,371
	Sig. (p)	0,593	0,077	0,046*	0,049*	0,036*	0,687	0,132	0,080	0,450	0,098
	Total N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Quartil	r	0,088	-0,371	-0,417	-0,401	-0,419	-0,091	-0,304	-0,374	-0,144	-0,305
	Sig. (p)	0,703	0,098	0,060	0,072	0,059	0,693	0,180	0,095	0,534	0,178
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Social	r	-0,078	-0,223	-0,264	-0,282	-0,265	0,073	-0,105	-0,214	0,019	-0,220
	Sig. (p)	0,738	0,331	0,248	0,215	0,245	0,752	0,652	0,352	0,936	0,338
	Quartil N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05.

Verifica-se, em relação ao autoconceito e às funções executivas que, das 93 correlações analisadas, apenas sete (7,53%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se deduzir que, no geral, essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

Na relação entre as variáveis do Inventário de Depressão Infantil (CDI), que avalia a sintomatologia depressiva, e a flexibilidade mental e atenção

alternada (*Trail Making Test B – TMT-B*), não houve correlações significativas entre as variáveis, demonstrando que essas não estão relacionadas entre si neste estudo (Tabela 41).

Tabela 41. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e o TMT-B.

Variável	Estatística	TMTB T	TMTB EA	TMTB ES
CDI Total	r	0,249	-0,040	0,093
	Sig. (p)	0,276	0,862	0,689
	N	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	-0,091	-0,115	-0,069
	Sig. (p)	0,694	0,619	0,766
	N	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	-0,083	0,282	0,222
	Sig. (p)	0,722	0,215	0,334
	N	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	-0,287	-0,038	0,089
	Sig. (p)	0,207	0,869	0,702
	N	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo; EA: Erros de alternância; ES: Erros de Sequência.

A relação entre a sintomatologia depressiva (CDI) e a capacidade do indivíduo selecionar estímulos relevantes e ignorar os estímulos irrelevantes (*Stroop Color Word Test – SCWT – Versão Victoria*) demonstrou que não houve correlação significativa entre as variáveis selecionadas para análise, demonstrando que, neste estudo, elas não estão relacionadas entre si (Tabela 42). No Anexo 21, encontra-se a análise geral desses dados.

Tabela 42. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT- C T	SCWT -C E	SCWT- P T	SCWT- P E	SCWT- C P T	SCWT- C P E	SCWT Int T	SCWT Int E
CDI Total	r	0,326	0,081	0,106	0,050	0,162	-0,326	0,067	-0,417
	Sig. (p)	0,149	0,727	0,648	0,829	0,482	0,149	0,774	0,060
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
3- Autoavaliação de desempenho	r	-0,017	-0,146	-0,010	0,012	-0,041	-0,196	-0,087	-0,094
	Sig. (p)	0,943	0,526	0,964	0,960	0,859	0,393	0,707	0,684
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,227	0,392	-0,192	0,188	-0,015	0,206	-0,070	0,081
	Sig. (p)	0,323	0,079	0,404	0,414	0,947	0,371	0,761	0,729
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
14- Dificuldades para dormir	r	0,150	0,033	-0,044	-0,154	-0,018	-0,123	-0,050	0,033
	Sig. (p)	0,517	0,889	0,849	0,505	0,938	0,595	0,828	0,888
	n	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência.

Na relação entre a sintomatologia depressiva (CDI) e a capacidade de planejamento mental e antecipação de ações (*Tower of London – TOL – Torre de Londres*), não houve correlações significativas, demonstrando neste estudo que essas variáveis não estão relacionadas entre si (Tabela 43).

Tabela 43. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e o ToL no GE.

Variável	Estatística	ToL
CDI Total	r	-0,185
	Sig. (p)	0,421
	N	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	0,369
	Sig. (p)	0,100
	N	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,086
	Sig. (p)	0,711
	N	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,330
	Sig. (p)	0,143
	N	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p.

Na relação entre a sintomatologia depressiva (CDI) e a avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), pelo *Wisconsin Card Sorting Test – WCST*, houve correlação significativa em sete dos itens analisados.

Dessas, seis correlações foram relacionadas ao item oito do CDI (referentes a sentimentos de culpa pelas ações). A primeira delas é uma correlação negativa referente ao percentil do Número total de erros, demonstrando que, quanto menor o percentil (maior o número de erros quando comparados com sujeitos da mesma idade), mais pontos foram citados relacionados a sentimentos de culpa. A mesma relação acontece nos itens do Wisconsin relacionados ao percentil do Percentual de erros, percentil do Percentual de erros não perseverativos, Percentual de respostas de nível conceitual e seu percentil, e Número de categorias completas. Isso significa que, quanto pior o desempenho da criança nesses itens, mais pontos eram colocados referentes a sentimentos de culpa.

Uma única correlação positiva significativa foi relacionada à dificuldade para dormir e ao fracasso ao manter o contexto, ou seja, isso significaria que quanto maior a dificuldade para manter o contexto (saindo da categoria escolhida no Wisconsin), maior seria a dificuldade para dormir (Tabela 44) (Anexo 22).

Tabela 44. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE-P	WCST PE-P	WCST PRP-P	WCST PEP-P	WCST PENP- P	WCST PRNC	WCST PRNC-P	WCST NCC	WCST FMC
CDI Total	r	0,122	-0,071	-0,033	0,022	-0,050	-0,082	-0,154	-0,041	-0,314	0,216
	Sig. (p)	0,598	0,761	0,886	0,925	0,830	0,723	0,505	0,862	0,165	0,346
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
3- Autoavaliação de desempenho	r	0,094	-0,232	-0,182	-0,023	-0,008	-0,213	-0,161	-0,175	-0,337	0,374
	Sig. (p)	0,686	0,313	0,429	0,923	0,972	0,354	0,485	0,448	0,136	0,095
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
8- Sentimentos de Culpa	r	0,366	-0,531	-0,534	-0,365	-0,412	-0,501	-0,525	-0,538	-0,552	0,198
	Sig. (p)	0,103	0,013*	0,013*	0,104	0,064	0,021*	0,015*	0,012*	0,009**	0,389
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
14- Dificuldades para dormir	r	0,110	-0,158	-0,126	-0,065	-0,063	-0,053	-0,047	-0,059	-0,186	0,524
	Sig. (p)	0,635	0,495	0,586	0,781	0,785	0,819	0,839	0,799	0,419	0,015*
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; Coef. Correl.: coeficiente de correlação – r; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05 (correlação significativa); **p<0,01 (correlação muito significativa).

Resumindo, em relação à sintomatologia depressiva e as funções executivas, foram analisadas 116 correlações e, dessas apenas nove (7,76%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se levantar hipótese que, no geral, essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

Na relação entre as variáveis do *Child Behavior Checklist* (CBCL - avalia comportamentos e sintomas emocionais e comorbidade) e a flexibilidade mental e atenção alternada (*Trail Making Test B – TMT-B*), não houve correlações significativas, demonstrando que essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo (Tabela 45).

Tabela 45. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e o TMT-B.

Variável	Estatística	TMTB T	TMTB EA	TMTB ES
IV-Problemas Sociais	r	0,374	0,423	0,080
	Sig. (p)	0,095	0,056	0,729
	n	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,275	0,339	0,172
	Sig. (p)	0,228	0,133	0,456
	n	21	21	21
IX-Outros	r	-0,015	-0,099	-0,421
	Sig. (p)	0,948	0,668	0,057
	n	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	-0,040	0,163	0,103
	Sig. (p)	0,864	0,481	0,656
	n	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	0,286	0,292	0,001
	Sig. (p)	0,209	0,199	0,998
	n	21	21	21
Outras	r	0,223	0,275	0,007
	Sig. (p)	0,331	0,227	0,978
	n	21	21	21
CBCL – Total	r	0,119	0,253	-0,022
	Sig. (p)	0,607	0,268	0,926
	n	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; T: Tempo; EA: Erros de alternância; ES: Erros de Sequência; *p<0,05 (valor significativo).

A análise entre as variáveis do CBCL e a capacidade do indivíduo selecionar estímulos relevantes e ignorar os estímulos irrelevantes (*Stroop Color Word Test* – SCWT – Versão Victoria) demonstrou que houve correlação positiva significativa em três itens entre todos os selecionados para a análise.

A primeira correlação positiva significativa foi referente ao item IV-Problemas sociais do CBCL e os erros cometidos no cartão Cor-Palavra do Stroop (situação incongruente), o que significa dizer que, quanto maior o número de erros cometidos, maior os valores no item que avalia o contato social.

A segunda correlação é referente ao item IX-Outros, que avalia comportamentos não avaliados nos outros itens, e o tempo de interferência no Stroop (ou seja, a diferença calculada entre o tempo gasto no cartão Cor-Palavra

e o do cartão Cor). Isso significa que, quanto maior esse tempo de interferência, maior o número de pontos assinalados pelos pais na categoria IX-Outros do CBCL.

A terceira correlação positiva significativa também foi entre o tempo de interferência no Stroop e o conjunto Outras respostas do CBCL, do mesmo modo que o anteriormente citado. Os outros itens dessa análise não demonstraram correlação significativa (Tabela 46) (Anexo 23).

Tabela 46. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e o Stroop no GE

Variável	Estatística	SCWT- C T	SCWT- C E	SCWT- P T	SCWT- P E	SCWT- C P T	SCWT- C P E	SCWT- Int T	SCWT- Int E
IV-Problemas Sociais	r	0,109	0,080	-0,199	-0,131	0,294	0,440	0,408	0,422
	Sig. (p)	0,637	0,730	0,387	0,571	0,196	0,046*	0,066	0,057
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,042	0,151	-0,227	0,057	0,237	0,359	0,322	0,336
	Sig. (p)	0,856	0,515	0,322	0,806	0,302	0,110	0,155	0,136
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,046	0,066	-0,220	-0,045	0,394	0,260	0,509	0,178
	Sig. (p)	0,843	0,776	0,339	0,846	0,078	0,255	0,019*	0,439
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	0,177	-0,058	-0,328	-0,182	0,319	0,053	0,350	0,056
	Sig. (p)	0,441	0,802	0,147	0,431	0,158	0,818	0,120	0,811
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	-0,040	0,216	-0,336	0,057	0,076	0,420	0,201	0,317
	Sig. (p)	0,862	0,346	0,137	0,805	0,742	0,058	0,381	0,161
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
Outras	r	0,119	0,144	-0,255	-0,029	0,404	0,370	0,505	0,303
	Sig. (p)	0,607	0,535	0,265	0,901	0,070	0,099	0,020*	0,181
	n	21	21	21	21	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,030	0,121	-0,397	-0,069	0,265	0,374	0,388	0,320
	Sig. (p)	0,897	0,602	0,075	0,768	0,246	0,095	0,082	0,158
	n	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; *p<0,05 (valor significativo).

Na relação entre as variáveis do CBCL e a capacidade de planejamento mental e antecipação de ações (*Tower of London* – TOL – Torre de Londres), não houve correlações significativas, demonstrando que essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo (Tabela 47).

Tabela 47. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o TOL no GE.

Variável	Estatística	ToL
IV-Problemas Sociais	r	0,034
	Sig. (p)	0,884
	n	21
VI-Problemas de Atenção	r	-0,242
	Sig. (p)	0,290
	n	21
IX-Outros	r	-0,298
	Sig. (p)	0,189
	n	21
Condutas Internalizantes	r	0,058
	Sig. (p)	0,804
	n	21
Condutas Externalizantes	r	-0,229
	Sig. (p)	0,319
	n	21
Outras	r	-0,142
	Sig. (p)	0,538
	n	21
CBCL – Total	r	-0,146
	Sig. (p)	0,528
	n	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p.

Na relação entre as variáveis do CBCL e a avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), por meio do *Wisconsin Card Sorting Test* – *WCST*, houve correlação significativa em dois dos itens analisados.

A relação entre o item IV-Problemas sociais do CBCL e o item percentil do Número total de erros do *Wisconsin* demonstrou uma correlação negativa significativa, o que significaria que, quanto menor o percentil alcançado (ou seja, quanto mais erros a criança cometeu comparada com sua idade), maior foi o

número de pontos assinalados pelos pais nas questões do CBCL que avaliaram dificuldades no contato social dessa mesma criança.

O outro resultado com correção significativa também foi referente ao item IV-Problemas sociais do CBCL, dessa vez relacionado ao item percentil do Percentual de respostas de nível conceitual, também com uma correlação negativa. Assim, quanto menor o percentil alcançado (ou seja, quanto menor o número de respostas corretas da criança, contando apenas três ou mais respostas corretas consecutivas no Wisconsin), maior foi o número de pontos assinalados pelos pais nas questões do CBCL que avaliaram dificuldades no contato social dessa mesma criança (Tabela 48). No Anexo 24, encontra-se a tabela com os dados completos.

Tabela 48. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE- P	WCST PE-P	WCST PRP- P	WCST PEP- P	WCST PENP- P	WCST PRNC	WCST PRNC- P	WCST NCC	WCST FMC
IV-Problemas Sociais	r	0,372	-0,443	-0,426	-0,409	-0,358	-0,265	-0,420	-0,447	-0,404	0,046
	Sig. (p)	0,097	0,045*	0,054	0,066	0,111	0,246	0,058	0,042*	0,070	0,844
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,110	-0,208	-0,170	-0,076	-0,034	-0,167	-0,168	-0,113	-0,182	0,425
	Sig. (p)	0,635	0,366	0,460	0,744	0,884	0,470	0,467	0,624	0,430	0,055
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,109	-0,275	-0,250	-0,121	-0,113	-0,257	-0,225	-0,224	-0,182	0,247
	Sig. (p)	0,639	0,228	0,274	0,602	0,625	0,262	0,326	0,328	0,430	0,281
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Condutas Internalizantes	r	0,301	-0,124	-0,094	-0,095	-0,046	-0,193	-0,030	-0,052	-0,080	0,386
	Sig. (p)	0,184	0,592	0,686	0,683	0,841	0,403	0,897	0,822	0,731	0,084
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Condutas Externalizantes	r	0,162	-0,237	-0,244	-0,171	-0,172	-0,270	-0,306	-0,247	-0,215	0,166
	Sig. (p)	0,484	0,300	0,286	0,460	0,455	0,236	0,177	0,279	0,349	0,472
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Outras	r	0,327	-0,396	-0,367	-0,299	-0,265	-0,291	-0,353	-0,325	-0,327	0,301
	Sig. (p)	0,149	0,076	0,101	0,187	0,246	0,200	0,116	0,150	0,148	0,184
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,251	-0,284	-0,274	-0,195	-0,165	-0,314	-0,247	-0,234	-0,171	0,317
	Sig. (p)	0,272	0,212	0,229	0,396	0,474	0,166	0,281	0,308	0,457	0,161
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto.

Em relação aos comportamentos e aos sintomas emocionais e à comorbidade (CBCL) e às funções executivas, foram analisadas 203 correlações e, dessas apenas seis (2,96%) são estatisticamente significantes. Assim, quanto a este estudo, pode-se deduzir que, no geral, essas variáveis não estão relacionadas entre si.

Em todas as análises descritas na relação entre as funções executivas e os aspectos emocionais, foram analisadas 673 correlações e, dessas, apenas 31 (4,61%) são estatisticamente significantes. Assim, pode-se deduzir que, entre as

funções executivas e os aspectos emocionais do GE, essas variáveis não estão relacionadas entre si neste estudo.

6 - DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da amostra

O presente estudo teve como objetivo comparar o desempenho entre crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção nas funções cognitivas, nos aspectos emocionais e nas comorbidades. Também objetivou relacionar as funções cognitivas e os aspectos emocionais em crianças com TDAH, verificando as possíveis correlações entre essas variáveis.

Apesar de o TDAH ser um transtorno amplamente estudado no mundo(35,32,39,67,36,29,37), seu diagnóstico ainda é objeto de discussão em diversas esferas, seja na área da saúde, seja na mídia e até na política (67). Para isso, o diagnóstico deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, uma vez que é importante diferenciar os sintomas de desatenção e hiperatividade, os quais podem estar presentes em outros transtornos (8,12,68). O diagnóstico correto é fundamental para esse transtorno que tem constructo dimensional na população, assim como para o adequado tratamento (67).

Uma vez que o Ambulatório de Neuro-Dificuldades de Aprendizagem é um centro de referência para avaliação e diagnóstico de distúrbios de aprendizagem e atenção, possui uma amostra direcionada e, ainda assim, nota-se baixa frequência de crianças com TDAH neste estudo, já que apenas 21 crianças foram selecionadas. Nota-se que 22 (36% das 61 avaliadas) crianças anteriormente avaliadas com queixas similares ao quadro não mantiveram o diagnóstico após a avaliação da equipe interdisciplinar, evidenciando outros diagnósticos, como

transtorno do espectro autista, dificuldade escolar, deficiência intelectual, transtorno de aprendizagem, deficiência auditiva, entre outros. Outro fator relevante é o fato de o trabalho ter selecionado um protocolo de avaliação mais abrangente, o que tornou o processo longo, impedindo que fosse possível avaliar mais crianças no período.

Esse dado passa a ser relevante, pois demonstra que uma avaliação mais criteriosa, realizada por equipe interdisciplinar, indo além de apenas aplicar critérios do DSM-IV-TR, leva a diagnósticos mais precisos e, conseqüentemente, com menores taxas de prevalência do transtorno. Rohde et al (67) relatam a necessidade de o diagnóstico ser bem elaborado, diferenciando os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade dentro da normalidade em relação ao sintomas do TDAH. Para isso, eles se referem à necessidade de adequada análise dos sintomas seguindo os critérios diagnósticos de forma pertinente.

Em relação às variáveis idade e ano escolar, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tornando possível o pareamento entre os participantes. Porém houve diferença significativa na variável gênero, sendo que houve maior frequência do gênero masculino no GE em relação ao GC. Outros estudos (29,69-75) também apontaram maior prevalência de meninos do que meninas. As prevalências de meninos e meninas variam entre 2:1 e 3:1 até 9:1 em crianças com TDAH, a depender do estudo (72).

Neste estudo, a amostra final foi composta por 19 meninos e 2 meninas do GE, com uma proporção de 9,5:1. Polanczyk e Rohde (72) apontam que, em amostras clínicas, é comum essa prevalência, pois evidências demonstram que meninas apresentam menos sintomas comportamentais do que meninos. Como a

coleta dos dados ocorreu em um ambulatório de referência, é possível que o maior número de queixas comportamentais em meninos tenha afetado a prevalência desse gênero no estudo.

6.2 . Avaliação da atenção e memória auditiva

A avaliação da atenção sustentada visual foi avaliada por meio dos subtestes Código-B e Procurar Símbolos-B assim como o Índice de Velocidade de Processamento (IVP) do WISC-III (55), do Teste de Cancelamento com Lápis e Papel – TC (58,59) e do *Trail Making Test A* – TMT-A (58-60,). As crianças do GE apresentaram maiores dificuldades nesses testes em comparação ao GC, demonstrando que as crianças com TDAH deste estudo têm maiores dificuldades na atenção sustentada visual. Essa função cognitiva é a capacidade de manter o foco atencional em um determinado estímulo, por um período de tempo, para executar uma tarefa (8,9,12,76). Esses resultados são corroborados por outro estudo brasileiro em crianças com TDAH (77), o qual também evidenciou diferenças significativas no IVP, no TC-FG (referente a erros por omissão) e no TC-LF (referentes a tempo e erros de omissão), quando comparadas com grupo controle.

O TDAH tem como característica principal a dificuldade em manter a atenção em tarefas que exijam concentração. Estudos demonstram que crianças com esse quadro costumam apresentar baixo rendimento em tarefas atencionais (8,29,32,39,77).

No Teste de Cancelamento com Lápis e Papel (TC), foram observadas maiores dificuldades referentes a erros de omissão, porém não houve diferenças significativas referentes a erros de comissão (quando se assinala respostas não alvo), o que é corroborado pela literatura referente à população brasileira (77).

Os resultados sugerem que as crianças com TDAH têm dificuldades no rastreamento das respostas, o que aumenta o número de erros. Os resultados também corroboram os achados na literatura que indicam que as crianças com TDAH mostram pior padrão de resposta em tarefas de atenção visual-espacial, em que os recursos cognitivos são recrutados para o acompanhamento visual, causando mais erros (77). Berwid et al (78) mostraram, em um estudo de pré-escolares, que, quanto mais erros de omissão, maior o risco do diagnóstico de TDAH.

Na avaliação da atenção sustentada auditiva, foram utilizados os subtestes Aritmética e Dígitos, além do Índice de Resistência à Distração (IRD) do WISC-III, nos quais as crianças do GE também demonstraram mais dificuldades em relação ao grupo controle. Novamente o resultado confirma outros estudos brasileiros anteriores (77,79) nos quais crianças com TDAH também demonstraram maiores dificuldades no Índice de Resistência à Distração (IRD) e em tarefas de aritmética e dígitos (números). Barkley (29) relata que crianças com TDAH passam muito mais tempo alheias do que dedicadas à tarefa, por dificuldade na persistência na atividade.

A avaliação da memória imediata auditiva ocorreu pelo subteste Dígitos do WISC-III. As crianças do GE também demonstraram desempenho inferior na resolução desse subteste em relação ao GC, cometendo mais erros e,

consequentemente, com pontuação final menor. Na avaliação de memória auditiva no estudo de Toledo (77), as crianças com TDAH também demonstraram déficits nesta função cognitiva. Simão (79) apontou, em sua pesquisa, que as crianças com TDAH tiveram mais dificuldades na avaliação de atenção e memória imediata, tanto da Bateria Neuropsicológica Luria-Nebraska como no subteste Números do WISC, em concordância com os dados achados deste estudo.

Para memorizar, é necessário primeiro processar a nova informação, o que é chamado de codificação (7,13). Porém, para processar, é necessário selecionar e sustentar a atenção na informação (7,8). Como crianças com TDAH têm como característica a dificuldade em manter a atenção (29,39,8), logicamente é esperado que esses indivíduos também apresentem dificuldades em tarefas de memória imediata auditiva.

Simão (76) também relatou, em outro estudo, com crianças brasileiras que aquelas com TDAH têm resultados piores nos subtestes Dígitos e Aritmética (que fazem parte do Índice de Resistência à Distração) e no Índice de Velocidade de Processamento, corroborando os dados desta pesquisa.

6.3 . Avaliação das funções executivas

Em relação às funções executivas, o estudo avaliou a flexibilidade mental, a atenção alternada e seletiva, e a capacidade de planejamento e antecipação de ações.

Na avaliação da atenção alternada, o GE mostrou desempenho com diferença estatisticamente significativa em relação ao GC em todos os itens

avaliados, necessitando de mais tempo para realizar a atividade e cometendo mais erros de alternância e sequência. Os resultados mostram que as crianças com TDAH tinham mais dificuldades em flexibilidade mental e em atenção alternada, dados esses corroborados pela literatura (77) que também demonstrou diferenças entre o grupo controle e as crianças com TDAH em relação ao tempo e número de erros. Toledo (77) destaca que o TMT-B é mais sensível para avaliação de disfunção cerebral e esta diferença no tempo reflete as dificuldades de indivíduos com TDAH em tarefas que exigem inibição, planejamento da resposta, organização e atenção alternada, que são as dificuldades associadas ao lobo frontal. Crianças com TDAH têm mais erros e apresentam mais dificuldade de planejamento e de sistematização de suas atividades. As avaliações neuropsicológicas podem revelar as dificuldades de aprendizagem das crianças com esse diagnóstico, bem como a lentidão nas tarefas de atenção alternada.

Na avaliação da atenção seletiva, foi utilizado o *Stroop Color Word Test – SCWT – Versão Victoria*, que mede a capacidade do indivíduo para inibir as respostas automáticas, selecionando estímulos relevantes e ignorando os estímulos irrelevantes (80,59). O GE demonstrou mais dificuldades em todos os cartões em relação ao tempo, demonstrando que necessitam de mais tempo para realizar a atividade, assim como cometeram mais erros nos cartões Palavras (situação congruente) e Cor-Palavras (situação incongruente, no qual ocorre o efeito Stroop). No fator Interferência, o GE também necessitou de mais tempo e cometeu mais erros que o GC.

Isso demonstra que as crianças com TDAH têm mais dificuldades na influência do estímulo incongruente, com dificuldades na atenção seletiva visual.

Barkley (29) sugere que crianças com TDAH tendem a se distrair mais com estímulos distratores intrínsecos à atividade do que os estímulos alheios. Como o estímulo distrator do Stroop é parte do teste, isto explicaria a maior dificuldade de crianças com TDAH nessa atividade.

López-Villalobos et al (80) também encontraram em seu estudo que crianças com TDAH tiveram resultados significativamente piores que o grupo controle no Stroop, refletindo uma menor capacidade de inibir ou de controlar respostas automáticas.

O córtex parietal tem importante participação no processamento de informações que exigem controle voluntário da atenção, tornando possível levantar a hipótese de que a região parietal inferior é importante para o início do planejamento motor e desempenha um papel central na modulação da atenção seletiva, conforme demonstraram estudos realizados nessa área (81,77,6). Outro estudo brasileiro (79) também mostrou resultados indicando alteração da latência na atenção seletiva, sugerindo mais uma diminuição da atenção do que um problema cognitivo.

Para a avaliação da capacidade de planejamento mental e da antecipação de ações, foi utilizado o teste *Tower of London* – ToL (Torre de Londres) (61,59). O GE apresentou mais dificuldades para antecipar e para planejar em relação ao GC, prejudicando seu desempenho e, conseqüentemente, obtendo menores escores nesse teste. Esses resultados são esperados para crianças com este diagnóstico (29), uma vez que apresentam dificuldades na memória de trabalho e processos inibitórios executivos. É necessário ter uma adequada capacidade de planejamento para um bom desempenho no teste ToL (68). As dificuldades

mencionadas acima atrapalham esse planejamento e antecipação, causando novos erros e, conseqüentemente, reduzindo a pontuação total no teste.

Para executar a tarefa, é necessário que a pessoa primeiro perceba em qual parte da tarefa ela se encontra, depois que ela estabeleça um objetivo e, finalmente, trace qual o melhor modo de chegar ao resultado desejado, exigindo, assim, reflexão sobre as etapas de trabalho, elaboração do plano de ação e estratégias a serem utilizadas (12). A dificuldade em controlar os impulsos, presente no TDAH (35,29,8), interfere nessa sequência, pois atrapalha o planejamento e, conseqüentemente, causa um baixo desempenho em tarefas que exigem essa capacidade mental.

Na avaliação da flexibilidade cognitiva (ou flexibilidade mental), além do *Trail Making Test*, o *Wisconsin Card Sorting Test – WCST* (Teste Wisconsin de Classificação de Cartas) (62,12) é um dos testes mais utilizados na literatura mundial para esse tipo de avaliação, também utilizado neste estudo.

Nesta avaliação, as crianças do GE demonstraram, em relação às crianças de sua idade, que necessitaram de mais ensaios para resolver o teste, cometeram mais erros, mais respostas perseverativas, mais erros perseverativos, mais erros não perseverativos, menor número de respostas de nível conceitual, menor número de categorias completadas e apresentaram mais fracasso ao manter o contexto. Esses dados são indicadores de sintomas de impulsividade, de desatenção e de dificuldade na flexibilidade mental.

A flexibilidade mental envolve a capacidade de pensar diferente do habitual, ver alguma coisa ou situação de várias perspectivas diferentes, alternar rapidamente entre as tarefas ou mudar de forma flexível o curso das ações quando necessário (6).

A rede que forma o circuito do controle executivo, ou circuitos fronto-parietais, incluem as regiões do lobo frontal lateral, do córtex cingulado anterior, córtex pré-frontal dorsolateral e anterior, cerebelo lateral, giro anterior da ínsula, núcleo caudado e lobo parietal inferior e envolve funções como flexibilidade mental (para alterar respostas frente a mudanças do contexto) e tomada de decisões direcionadas a metas (38), enquanto que o núcleo subtalâmico pode estar ligado à prevenção de respostas impulsivas ou prematuras (6). Dessa forma, o desempenho executivo é organizado em redes neurais distribuídas por alças córtico-subcorticais (16).

As dificuldades nos testes de atenção e funções executivas são esperadas para as crianças com TDAH (32,77,29,76,8,39,38) e podem ser correlacionadas com a ativação anormal dos circuitos fronto-estriatais (82). Esses dados podem explicar as dificuldades apresentadas pelo GE nas provas de funções executivas.

6.4 . Avaliação de autoestima e autoconceito

A autoestima pode ser definida como a avaliação que a pessoa faz em relação a si mesma, expressando aprovação ou desaprovação e indica o quanto ela se considera capaz, importante e valiosa. Assim, conceitua-se a autoestima como um juízo de valor expresso mediante as atitudes que o indivíduo cultiva para si mesmo (23).

Para a avaliação da autoestima, foi utilizada a Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE) (63). O GE demonstrou pior desempenho no resultado geral

total e média total, o que evidencia dificuldade na autoestima das crianças do GE em relação ao GC. Também demonstraram piores resultados na Dimensão 1: Aceitação Social tanto no resultado total e na média; nos resultados da média da Dimensão 2: Percepção de si; na Dimensão 3: Família, tanto no resultado total como na média. Na Dimensão 4: Desempenho, o GE teve uma diferença muito significativa, tanto no resultado total como na média, demonstrando ser esse item a pior dificuldade na autoestima. Porém, na Dimensão 5: Aceitação de si, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Isso demonstra que as crianças com TDAH expressaram piores julgamentos em relação à sua aceitação social, à percepção que tem de si mesmas, aos relacionamentos familiares e, maior influência ainda no desempenho e eficácia pessoal nas atividades. Porém, em relação à aceitação das características próprias, não houve diferença.

O resultado na autoestima em pessoas com TDAH é concordante com a literatura, que aponta que crianças e adolescentes com TDAH costumam ter baixa autoestima (32,29,22,51), além de terem mais déficits nos relacionamentos sociais e dificuldades na regulação e expressão emocional, levando a problemas em status sociais (47,22). Isso explica a diferença na dimensão Aceitação social, demonstrando que crianças com TDAH percebem suas dificuldades nas interações sociais.

Sena e Souza (83) reforçam que crianças com problemas de comportamento podem apresentar mais dificuldades em fazer e em manter amizades, o que é mais evidente em crianças identificadas como hiperativas e/ou desatentas quando se avaliam as queixas de pais e educadores. As autoras também descrevem que a produção científica referente às relações de amizade

no TDAH é muito escassa e ainda não despertou o interesse necessário da comunidade científica, mesmo com tantos relatos de dificuldades de interação social em crianças com esse diagnóstico.

A relação de crianças com TDAH e seus pares é insatisfatória e deteriorada, gerando constantes situações de rejeição e vitimização por seus colegas. Pelham e Bender apud Sena e Souza (83) acreditam que 50% de crianças com este diagnóstico apresentam problemas significativos em seus relacionamentos sociais. Harada, Yamazaki e Saitoh (84) observaram que 74% das crianças com TDAH no Japão apresentaram problemas nos relacionamentos com amigos, sendo que essa porcentagem aumentou (97%) no grupo de crianças com TDAH e comorbidade de Transtorno Desafiador-Opositor. Assim, fazer e manter amizades torna-se difícil para crianças com este diagnóstico (29), o que pode explicar a dificuldade na Aceitação social.

O comportamento imaturo, disruptivo, desatento e, algumas vezes provocativo, com dificuldades para lembrar e seguir regras, organizar seus materiais e objetos pessoais e desorganização (29,83) podem prejudicar as relações familiares, gerando alterações no resultado da dimensão Família. A literatura demonstra que os relacionamentos de crianças com TDAH tendem a ter maior número de interações negativas do que os de crianças sem o diagnóstico. Assim como essas crianças se mostram mais negativas e independentes das suas mães em situações de jogo livre, e os pais têm um estilo de ensino mais diretivo e intrusivo, esses são menos confiantes e envolvidos na relação com os filhos com TDAH, exibem comportamentos menos calorosos e tendem a usar com mais frequência o castigo corporal (85).

Uma vez que crianças com TDAH mostram mais dificuldades de atenção e de funções executivas, piores são seus desempenhos na escola e nas tarefas diárias, o que pode afetar o desenvolvimento da autoestima e explicar o pior resultado no item Desempenho. O grau de comprometimento no item Percepção de si demonstra que as crianças com TDAH têm percepção de suas dificuldades e passam a se desvalorizar como pessoa. Diante das exigências da escola, crianças com TDAH apresentam problemas para se ajustar a essas demandas, piorando seu rendimento escolar e social e reduzindo a motivação para aprender, o que diminui o desenvolvimento da autoestima (21).

No entanto, apesar da percepção de suas dificuldades, as crianças com TDAH deste estudo não demonstraram dificuldades na aceitação das características próprias (Dimensão 5: Aceitação de si). Alguns estudos mostraram que as crianças com TDAH geralmente apresentam um viés positivo ilusório, supervalorizando a felicidade que sentem em suas vidas (29,50).

No que se refere à avaliação do autoconceito por meio da Escala de Autoconceito Infante-Juvenil (EAC-IJ), na comparação entre os grupos GE e GC não houve diferenças estatisticamente significantes em relação ao resultado bruto total geral e em cada dimensão. Porém, ao comparar os grupos em relação ao quartil, percebe-se que no GE houve maior número de crianças com resultados nos quartis “menor que 25” e “25” quando avaliada a categoria autoconceito social (a qual se refere às relações sociais com os colegas e autopercepção da criança nesses momentos), com diferença estatisticamente significativa. Nas outras dimensões e no resultado geral, não houve diferença significativa.

A ausência de diferença significativa no resultado geral (sendo que houve diferença na avaliação da autoestima) pode ser explicada pelo fato de que o autoconceito é um constructo mais amplo que o de autoestima, porque inclui aspectos cognitivos, afetivos (também descrita como autoestima) e comportamentais (comportamentos influenciados pelo conceito que a pessoa tem de si mesma), enquanto a autoestima é vista como componente mais avaliativo e limitado do autoconceito (24).

Segundo Correia apud Simões e Menezes (25), o autoconceito é formado e desenvolvido ao longo da vida e a forma como esse conceito se desenvolve pode influenciar o bem estar e o sentido de valor próprio, a construção da autoimagem e a capacidade de identificar e desenvolver as habilidades da criança. Como este trabalho foi realizado com crianças com idade entre 8 a 14 anos de idade, pode-se considerar que seu autoconceito está em desenvolvimento e pode ainda ser influenciado pelas dificuldades relacionadas ao TDAH. O baixo valor no autoconceito social do GE (em relação ao GC) demonstra que há dificuldades nas relações sociais destas crianças e sua autopercepção nesses momentos. Como na avaliação da autoestima também houve alterações nos resultados da dimensão Aceitação social, esta pesquisa demonstrou que há dificuldades significativas nas relações sociais das crianças com TDAH.

Alguns estudos também relatam as dificuldades na autoestima de crianças com TDAH devido a uma baixa satisfação na vida e à dificuldade de terem amigos mais próximos (32,22,51). Porém, as pesquisas não citam essas dificuldades em relação ao autoconceito.

A ausência de diferenças significativas no resultado geral do autoconceito poderia ser explicada também pelo fato de que algumas crianças e adolescentes com TDAH geralmente supervalorizam suas capacidades, as percepções de si mesmos e autoconceitos. Dessa forma, como mecanismo de proteção, aumentam a valorização da felicidade que sentem com sua vida (37,50). Sendo assim, esse resultado poderia ser considerado uma demonstração de viés positivo ilusório destes sujeitos em suas próprias percepções pessoais sobre o seu funcionamento nas diversas áreas da vida (29,50).

Enfim, a pesquisa pode demonstrar influência significativa na autoestima de crianças e adolescentes com TDAH, principalmente no que se refere ao próprio desempenho e às relações sociais. Fatores emocionais e comportamentais (condições internas do desenvolvimento, características de personalidade e relações com o meio) interferem diretamente na atenção e no processo de aprender, ou seja, os fatores psicossociais interferem no quadro do TDAH (77,21), confirmando esses achados.

6.5 . Avaliação da sintomatologia depressiva

A sintomatologia depressiva foi avaliada pelo *Children's Depression Inventory* – CDI (Inventário de Depressão Infantil). Entre crianças e adolescentes, é de fundamental importância o estudo de aspectos depressivos, uma vez que o ambiente escolar pode propiciar o aparecimento desse sentimento, já que o baixo rendimento escolar, com sucessivos fracassos, pode desencadear a sintomatologia depressiva (24,27).

O resultado geral deste teste não demonstrou diferença significativa entre os grupos GE e GC. Novamente, esse achado também poderia ser explicado pelo motivo de que algumas crianças e adolescentes com TDAH geralmente supervalorizam suas capacidades, as percepções de si mesmos e autoconceitos, valorizando seus sentimentos de felicidade (29,37,50).

Entretanto, na análise de cada questão, houve diferença estatisticamente significativa em três itens do CDI, os quais se referem ao item 3: autoavaliação de desempenho, ou seja, a “crença do próprio sujeito de fazer as coisas do jeito errado”; ao item 8: “sentimentos de culpa por coisas ruins que acontecem”; e ao item 14: dificuldades para dormir. Isso demonstra que o GE mostrou, nesta pesquisa, acreditar fazer mais coisas erradas, sentir mais culpa pelas coisas ruins que acontecem e ter mais dificuldade para dormir. Os resultados na autoavaliação de desempenho e nos sentimentos de culpa podem levar a uma inferência de que as crianças com TDAH têm percepção de suas dificuldades e sentem culpa por isso.

Pesquisadores (29,50) relatam que crianças com TDAH costumam apresentar o viés positivo ilusório em relação a suas percepções sociais, como forma de proteção, para que elas consigam lidar melhor com seus problemas cotidianos. Barkley (29) complementa ainda que falta definir se essa autoproteção é uma tentativa consciente ou proposital de se proteger ou se ela representa uma percepção pessoal incorreta. Assim, o autor acredita que a segunda hipótese seria mais provável, uma vez que o TDAH decorre de alterações nos lobos frontais e que a autoconsciência e avaliação são funções ligadas a eles.

No entanto, os resultados apresentados neste estudo podem colocar em questão esse fator. Uma vez que as crianças apresentam mais culpa e baixa

avaliação do próprio desempenho, elas demonstram consciência de suas dificuldades. Como as crianças com TDAH convivem com fracasso no desempenho em tarefas escolares, torna-se mais provável que elas gerem sentimentos de insegurança e falta de confiança em si próprias, já que a vida escolar é a principal atividade na infância e adolescência (24).

Quanto às dificuldades para dormir, esse dado pode ter correlato tanto pela influência emocional que pode atrapalhar o sono, como pelas características do TDAH, com a presença da hiperatividade e agitação. Na literatura, Neves e Reimão (86) apontam que ainda há muitas controvérsias nos estudos referentes à relação do TDAH com Distúrbios do sono. Porém, os autores reforçam que há necessidade de atenção especial para a presença de distúrbios do sono durante a avaliação de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade, uma vez que o distúrbio do sono pode simular sintomas característicos do TDAH.

O autor Merino-Andreu (87) relata, entretanto, que são comuns problemas de sono em crianças com TDAH, sendo que um dos mais estudados é a Síndrome das pernas inquietas, quando aproximadamente 25% das crianças com este diagnóstico também apresentam critérios diagnósticos para TDAH e, do inverso, 12 a 35% de crianças com TDAH apresentam sintomas da Síndrome das pernas inquietas. Esse autor também descreve que os problemas de sono estão ligados a um aumento da resistência de dormir, mais despertares durante a noite, mais eventos respiratórios durante o sono, maior dificuldade para acordar de manhã e maior sonolência diurna, sendo que exames específicos (como a polissonografia, por exemplo) apontam maior latência do sono noturno, mais despertares, aumento do índice de apneia-hipopneia e menor latência média de

sono. Os resultados sugerem que os problemas do sono fazem parte da doença e tem origem multifatorial.

6.6 . Avaliação de critérios de comorbidades

A avaliação dos comportamentos (sintomas emocionais) e das comorbidades foi realizada, além da anamnese com pais, pelo *Child Behavior Checklist* – CBCL (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência).

Em uma análise qualitativa, é possível observar que em todas as escalas e escores do CBCL, o GE apresentou médias maiores que o GC. Porém, apenas nas escalas IV-Problemas sociais, VI-Problemas de atenção e IX-Outros, nos escores Outras e no Escore total houve diferenças significativas.

Quanto às outras escalas e escores em que não houve diferenças significativas, pode-se levantar a hipótese de que isso ocorreu pelo número restrito de participantes da amostra da pesquisa, tornando necessária uma futura pesquisa com maior número de crianças. Conforme demonstra a literatura, são diversas as comorbidades que as pessoas com TDAH podem vir a apresentar, como ansiedade, Transtorno Desafiador-Opositor, Transtornos de Conduta, alterações de humor (unipolar e bipolar, depressão maior ou distímia), além de dificuldades escolares (22,29,30,32,35,47,48,49).

Rohde et al (67) alertam que o TDAH é um transtorno de alta comorbidade, sendo que mais de 70% dos pacientes com TDAH que procuram ambulatórios apresentam essa característica. Todavia, como cada pessoa pode desenvolver um tipo diferente de comorbidade, não houve nesta pesquisa número de sujeitos que gerasse diferença significativa em cada um dos itens.

Duas escalas do CBCL apresentaram diferenças significativas. A primeira é referente a Problemas de atenção que é característico do TDAH. A escala do CBCL apresenta taxas que são preditivas para o diagnóstico (30); a segunda é referente a Problemas sociais, mais uma vez comprovando as dificuldades das crianças com TDAH nos relacionamentos sociais com seus pares (22,29,32,47,51,83).

A diferença no escore total do CBCL permite a análise de que crianças com TDAH apresentam mais comorbidades e sintomas comportamentais em relação a crianças sem o quadro (8,29,30,67).

A mesma discussão feita para as escalas que não demonstraram diferenças significativas pode ser utilizada para os escores de condutas internalizantes e de condutas externalizantes, tornando necessário outro estudo com uma amostra maior para avaliar se a diferença que foi observada qualitativamente apresentaria uma diferença quantitativa significativa.

6.7 . Relação entre as funções cognitivas e emocionais no GE

Além da comparação entre os grupos, foram feitas análises de correlação entre as funções cognitivas e os aspectos emocionais das crianças com TDAH, com o objetivo de verificar se haveria relação entre o desempenho nos testes que avaliam as funções cognitivas com autoestima, autoconceito, sintomas depressivos e comorbidades, ou seja, buscou-se verificar se, quanto pior o desempenho em testes atencionais, de memória e funções executivas, pior seriam os resultados nos aspectos emocionais em crianças com TDAH.

Na análise correlacional entre todos os itens das avaliações das funções cognitivas com todos os itens das avaliações dos aspectos emocionais, foram 2475 correlações calculadas, sendo que dessas, apenas 108 (4,36%) foram estatisticamente significantes. Assim, pode-se deduzir que, no geral deste estudo, ambos os blocos de variáveis não estão relacionados entre si.

Para fim de análise neste estudo, foram selecionados para discussão apenas os resultados gerais dos testes dos aspectos emocionais e os itens que, na comparação com o GC, demonstraram diferenças estatisticamente significativas. No CBCL, foram selecionadas apenas as variáveis que tiveram diferenças estatisticamente significantes. Também foram selecionadas para discussão as quatro escalas que o instrumento avalia.

Sendo assim, foram relacionados para análise os seguintes itens de cada teste: EMAE (resultado geral Total e Média, Dimensão 1 Total e Média, Dimensão 2 Total, Dimensão 3 Total e Média, Dimensão 4 Total e Média); EAC-IJ (resultado geral Total e Quartil, e Autoconceito social Quartil); CDI (Total, item 3 – Autoavaliação de desempenho, item 8 – Sentimentos de culpa, item 14 – Dificuldades para dormir); CBCL (escalas: Condutas internalizantes, Condutas externalizantes, Outras e Total, e variáveis: IV – Problemas Sociais, VI – Problemas de Atenção, IX – Outros).

Com a restrição acima citada, foram selecionadas para análise 1045 correlações, sendo que dessas, apenas 39 (3,73%) foram estatisticamente significantes. Pode-se afirmar que, neste estudo, as variáveis funções cognitivas e aspectos emocionais em crianças com TDAH não estão relacionadas entre si.

Em todas as análises feitas na relação entre atenção e memória e os aspectos emocionais no GE, foram analisadas 372 correlações e, dessas, apenas oito (2,15%) foram estatisticamente significantes. E em todas as análises feitas na relação entre as funções executivas e os aspectos emocionais no GE, foram analisadas 673 correlações e, dessas, apenas 31 (4,61%) foram estatisticamente significantes.

Os 31 itens, em que houve correlação significativa, não são suficientes para afirmar alguma relação entre as variáveis. Assim, pode-se deduzir que não houve relação neste estudo entre as variáveis atenção, memória e funções executivas e os aspectos emocionais do GE.

Uma vez que, na comparação com o GC, as crianças do GE demonstraram diferenças significativas nesses itens selecionados, esse resultado da correlação permite deduzir que o quadro do TDAH gera dificuldades emocionais na mesma proporção entre os sujeitos com este diagnóstico, não se diferenciando entre as crianças com TDAH.

Isso demonstra que, seja maior ou menor o comprometimento desse transtorno no desempenho atencional ou executivo das crianças nesta pesquisa, a influência do emocional é a mesma, mostrando a importância do tratamento adequado para todas as crianças com diagnóstico de TDAH. Carregal e Moreira (88) levantam a suspeita de que a qualidade de vida de crianças com TDAH está vulnerável pela influência do transtorno, passando a desacreditar no afeto das pessoas à sua volta, afastando-se dos relacionamentos sociais e familiares, restringindo o contato afetivo.

Com isso, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e adequado, para que se estabeleça uma intervenção interdisciplinar visando à possibilidade de melhora no prognóstico do quadro, o que proporcionaria melhora no desenvolvimento emocional e na qualidade de vida destas crianças (8,29,88).

Nelson e Gregg (52), em uma pesquisa com universitários, apontaram que o grupo com TDAH não apresentou diferenças em relação ao grupo controle quando avaliados seus autorrelatos de sintomas depressivos e ansiosos, sugerindo que melhores sucessos nos estudos e melhores capacidades cognitivas influenciaram no resultado. Porém, esses autores não fizeram correlação entre os próprios sujeitos com TDAH para verificar se havia correlação entre estas variáveis.

Linnea et al (74) separaram crianças com TDAH em dois grupos, um que apresentava autopercepção com viés positivo e outro sem esse viés, ambos comparados com grupo controle. O grupo com o viés positivo na autopercepção apresentou mais dificuldade em habilidades sociais e no esforço para se manter nos trabalhos do que o grupo controle, enquanto o grupo sem o viés não teve diferença com o grupo controle.

O critério de avaliar um viés positivo na autopercepção pode se tornar fator importante para as futuras pesquisas (74), inclusive para esta pesquisa.

Martin (89) levantou vários estudos em revisão da literatura e descreve que tanto o tratamento medicamentoso do TDAH como a intervenção psico-educacional auxiliam esses sujeitos a desenvolverem melhor sua autoestima e as percepções de suas próprias competências, tornando-os mais otimistas em relação à aprendizagem e a si próprios.

Os resultados apontados sugerem que as crianças com TDAH sofrem dificuldades emocionais e que todas devem ser avaliadas e tratadas adequadamente, uma vez que não houve correlação entre os resultados em testes de funções cognitivas e aspectos emocionais. Isso reforça a importância de disponibilizar tratamento para todas as crianças com TDAH, a fim de melhorar a autoestima e os relacionamentos sociais, minimizar os sentimentos de culpa, as dificuldades de sono e os problemas atencionais. Diversos autores demonstraram a necessidade de uma intervenção adequada para o transtorno, corroborando o achado desta pesquisa (8,29,88,89).

7 - CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos estabelecidos e as hipóteses levantadas, o presente estudo permitiu concluir que:

- a) Em relação às funções cognitivas de atenção, à memória e às funções executivas, as crianças do GE apresentaram desempenho inferior quando comparadas àquelas do GC em tarefas que avaliam a atenção visual, a memória auditiva e as funções executivas. Essas diferenças foram relacionadas à atenção sustentada visual e auditiva, memória imediata auditiva, atenção alternada, flexibilidade mental, atenção seletiva visual, capacidade de planejamento mental e antecipação de ações;
- b) Em relação aos aspectos emocionais, o GE mostrou desempenho inferior quando comparados ao GC em avaliações da autoestima, com diferenças no resultado geral, assim como na aceitação social, na percepção de si, na relação familiar e no desempenho. No autoconceito, não houve diferença entre os grupos, exceto para o autoconceito social. Não houve diferenças significativas também para a sintomatologia depressiva no resultado geral, porém o GE demonstrou maiores influências na autoavaliação de desempenho, em sentimentos de culpa e em dificuldades para dormir;
- c) Em relação às comorbidades, o GE apresentou piores critérios de comorbidades no resultado geral, em Problemas sociais, em Problemas de atenção, e em comportamentos gerais quando comparados com o GC;

- d) Na correlação entre aspectos emocionais e funções cognitivas, não houve correlação significativa entre os aspectos emocionais e as funções cognitivas no GE em uma avaliação geral dos resultados.

Resumindo, este estudo pode reforçar mais uma vez as dificuldades cognitivas de crianças e adolescentes com TDAH. Além disso, demonstrou empiricamente as dificuldades de autoestima, de autoconceito, na sintomatologia depressiva e as dificuldades comportamentais, como comorbidades deste transtorno.

Também foi importante incitar estudo na relação das dificuldades em algumas funções cognitivas com os aspectos emocionais, trazendo alguns primeiros dados sobre essa relação em uma população brasileira, porém novos estudos devem ser feitos com essa visão, como descritos a seguir.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante ressaltar que são necessárias novas pesquisas para uma melhor avaliação do nível de interferência dos sintomas emocionais e das funções cognitivas de crianças com TDAH.

Para isso, sugere-se que a comparação quanto ao gênero entre o grupo de estudo e o de controle seja melhor estabelecida, uma vez que essa diferença com maior número de meninos no grupo com TDAH pode interferir em alguns resultados das avaliações. Provavelmente com um refinamento mais apurado durante a seleção por parte dos professores, será possível conseguir um grupo controle melhor pareado com o grupo de estudo.

A falta de uma escala que avaliasse a gravidade dos sintomas de TDAH (por exemplo: SNAP-IV) também é sugerida em um estudo futuro, para a comparação entre os sujeitos com TDAH.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS

1. Luria AS. Fundamentos de neuropsicologia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1981.
2. Damasceno BP. Desenvolvimento das funções corticais superiores. In: Moura-Ribeiro MVL, Gonçalves VMG. Neurologia do desenvolvimento da criança. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
3. Verdejo-García A, Bechara A. Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psichotema*. 2010; 22 (2): 227-235.
4. Castellanos FX, Proal E. Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*. Jan 2012; 16 (n. 1): 17-26.
5. Hendelman W. Atlas of functional neuroanatomy (second edition). Boca Raton, FL: CRC Press Taylor & Francis Group; 2006.
6. Diamond A. Executive Functions. *Annu Rev. Psychol*. 2013; 64:135-68.
7. Gazzaniga MS, Ivry RB e Mangun GR. Neurociência Cognitiva: a biologia da mente. Porto Alegre: Artmed, 2006.
8. Ciasca SM, Rodrigues SD, Salgado CA. (orgs.) TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.
9. Engelhardt E, Rozenhal M, Laks J. Neuropsicologia VIII – atenção. Aspectos neuropsicológicos. *Rev.Bras.Neurologia*. 1996; 32(3): 101-106.
10. Sternberg RJ. Psicologia cognitiva. (trad.: Osório MRB). Porto Alegre: Artmed, 2000.

11. Lima RF, Tabaquim MLM, Ciasca SM. Sistema Atencional e Funções Executivas na Infância. In: Ciasca SM, Rodrigues SD, Salgado CA. (orgs.) TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.
12. Lima RF. Sintomas depressivos e funções cognitivas em crianças com dislexia do desenvolvimento. [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
13. Cammarota, Bevilaqua e Izquierdo. Aprendizado e Memória. In Lent R. Neurociência da Mente e do Comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
14. Dosis S, Oord SVD, Wiers RW & Prins PJM. What Part of Working Memory is not Working in ADHD? Short-Term Memory, the Central Executive and Effects of Reinforcement. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Published Online 2013: Access March 23, 2013.
15. Baddeley A. Working Memory: Theories, Models, And Controversies. *Annu Rev. Psychol.* 2012; 63: 1-29.
16. Oliveira-Souza R, Moll J, Ignácio FA, Tovar-Moll F. Cognição e Funções Executivas. In Lent R. Neurociência da Mente e do Comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
17. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2011; 108: 2693–2698.
18. Horta-Puricelli K, Dansilio S. Test de anticipación visual de Brixton, desarrollo de las funciones ejecutivas y relación con la torre de Londres. *Rev Neurol.* 2011; 52: 211-20.

19. Oliveira L, Pereira MG, Volchan E. Processamento Emocional no Cérebro Humano. In Lent R. Neurociência da Mente e do Comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
20. Carretié L, López-Martín S, Albert J. Papel de la corteza pré-frontal ventromedial en la respuesta a eventos emocionalmente negativos. Rev Neurol. 2010; 50: 245-252.
21. Tabaquim MLM. Aspectos Cognitivos e Emocionais no Transtorno da Atenção. In. Ciasca SM, Rodrigues SD, Salgado CA. (orgs.) TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro: Revinter, 2010, p. 77-91.
22. Albert J, López-Martín S, Fernández-Jaén A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. Rev Neurol, 2008, v. 47 (1): 39-45.
23. Gobitta, M., Guzzo, R. S.L. Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre. 2002; 15, (1): 143-50.
24. Sisto FF, Martinelli SC. Escala de Autoconceito Infante – Juvenil (EAC-IJ). São Paulo: Vetor, 2004.
25. Simões D, Meneses RF. Auto-Conceito em Crianças com e sem Obesidade. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007; 20 (2):246-251.
26. Del Porto JA. Conceito e Diagnóstico. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999; 21, (1): 06-11. ISSN 1516-4446. Access 24 Mar 2013.

27. Cruvinel M, Boruchovitch E. Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental: uma análise qualitativa. In Sisto FF, Martinelli SC (org). Afetividade e dificuldades de aprendizagem: uma abordagem psicopedagógica. 2 ed rev. São Paulo: Vetor, 2008.
28. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed.rev. trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
29. Barkley RA (org). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
30. Eiraldi R, Power T, Karustis J, Goldstein S. Assessing ADHD and Comorbid Disorders in Children: The Child Behavior Checklist and the Devereux Scales of Mental Disorders. Journal Of Clinical Child Psychology. 2000; 29(1):3-16.
31. DuPaul GJ, Stoner G. TDAH nas escolas: Estratégias de avaliação e intervenção. São Paulo: M. Books; 2007.
32. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psychiatry 2005; 57: 1215-1220.
33. Villalobos JAL, Pintado IS, Mateos JDS, Sanz FR, Azón MIS, Martín MAS. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: perfil intelectual y factor de independencia a la distracción. Rev Neurol. 2007; 44 (10): 589-595.
34. Cardo E, Nevot A, Redondo M, Melero A, Azua B, Banda, GG, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿un patrón evolutivo?. Rev Neurol. 2010; 50 (Supl 3): S143-S147.

35. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, et al. Predictors of persistence and remission of ADHD: Results from a four-year prospective follow-up study of ADHD children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 38:966-975.
36. Mattos P et al . 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. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 28, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Dez 2007.
37. Glass K, Flory K, Martin A, Hankin B. ADHD and comorbid conduct problems among adolescents: associations with self-esteem and substance use. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 2011; 3:29–39.
38. Castellanos FX, Proal E. Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*. Jan 2012; 16 (n. 1): 17-26.
39. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res*. 2010; 177(3): 299–304.
40. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD In adults: what the science says*. New York: Guilford Press; 2008.
41. Simpson A, Riggs KJ, Beck SR, Gorniak SL, Wu Y, Abbott D, Diamond A. Refining the understanding of inhibitory processes: how response prepotency is created and overcome. *Dev. Sci*. 2012; 15 (1): 62-73.

42. Paternite CE, Loney, Roberts MA. External validation of oppositional disorder and attention deficit disorder with hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol.* 1995; 23: 453-71.
43. Morgan AE, Hynd GW, Riccio CA, Hall J. Validity of DSMIV ADHD predominantly inattentive and combined types. Relationship to previous DSM diagnoses/subtypes differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 325-33.
44. López JA, Montes JM, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2003; 20: 108-119.
45. Mcburnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E, Tamm L, Lerner M, Ottolini YL, et al. Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38: 17-24.
46. Willcutt EG, Pennington BF, Nomita A, Chhabildas MA, Friedman MC, Alexander J. Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38: 1355-62.
47. Maedgen JW, Carlson CL. Social Functioning and Emotional Regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology.* 2000; v. 29, n.1: 30-42.
48. Spencer TJ. ADHD and Comorbidity in Childhood. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67:27-31 (Suppl 8).

49. Krauel K, Duzel E, Hinrichs H, Rellum T, Santel S, Baving L. Emotional memory in ADHD patients with and without comorbid ADD/CD. *J Neural Transm.* 2009; 116: 117-120.
50. Miranda-Casas A, Presentación-Herrero MJ, Colomer-Diago C, Roselló B. Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Rev Neurol.* 2011; 52 (Supl 1): S119-26.
51. Taanila AM, Hurtig TM, Miettunen J, Ebeling HE, Moilanen IK. Association between ADHD symptoms and adolescents' psychosocial well-being: a study of the northern Finland Birth cohort 1986. *Int J Circumpolar Health* 2009; 68(2):133-144.
52. Nelson JM, Gregg N. Depression and Anxiety Among Transitioning Adolescents and College Students With ADHD, Dyslexia, or Comorbid ADHD/Dyslexia. *Journal of Attention Disorders.* 2012; 16(3):244-254.
53. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm
54. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mundial de Saúde. Décima Revisão. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.
55. Figueiredo VLM. WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual / David Wechsler, 3ª ed.; Adaptação e Padronização de uma amostra Brasileira, 1ª ed.. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

56. Guerreiro MM. Abordagem Neurológica na Síndrome do X-Frágil. Campinas, 1993. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
57. Weintraub S, Mesulan MM. In_____ Mesulan MM. Principles of Behavioral Neurology. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1985, p.101-103.
58. Lima RF, Travaini PP, Ciasca SM. Amostra de desempenho de estudantes do ensino fundamental em testes de atenção e funções executivas. *Psicopedagogia*. 2009; 26 (80): 188-199.
59. Lima RF, Azoni CAS, Ciasca SM. Attentional Performance and Executive Functions in Children with Learning Difficulties. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24 (4): 685-691.
60. Spreen O, Strauss E. A Compendium of Neuropsychological Tests- Administration, Norms and Commentary. New York and Oxford, Oxford University Press, 1991.
61. Tunstall JR. Improving the utility of Tower of London: a Neuropsychological Test of Planning [Tesis Master of Philosophy]. School of Applied Psychology. Faculty of Healthy Sciences. Griffith University; 1999.
62. Cunha JAC, Trentini CM, Argimon IL, Oliveira MS, Werlang BG, Prieb RG. Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: Manual revisado e ampliado. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
63. Gobitta, M. Escala multidimensional de auto-estima (EMAE): construção e validação com crianças e adolescentes brasileiro. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): PUC-Campinas; 2003.
64. Kovacs M. Children Depression Inventory CDI: Manual. New York: Multi-Health Systems, Inc.; 1992.

65. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1995; 44: 345-9.
66. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): dados preliminares. *Rev ABP-APAL*. 1995; 17: 55-66.
67. Rohde LA, Miguel Filho EC, Benetti L, Gallois C, Kieling C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Rev. Psiq. Clin.* 2004; 31 (3): 124-131.
68. Capelatto IV, Lima RF, Ciasca SM, Salgado-Azoni, CA. Cognitive functions, self-esteem and self-concept of children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. (no prelo).
69. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal Psychiatry*. 2002; 159: 36-42.
70. Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P. Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(2): 159-168.
71. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 942-948.
72. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4): 386-392.

73. Lindemann C, Langner I, Kraut AA, Banaschewski T, Schad-Hansjosten T, Petermann U, et al. Age-Specific Prevalence, Incidence of New Diagnoses, and Drug Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Germany. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2012; 22(4): 307-314.
74. Linnea K, Hoza B, Tomb M, Kaiser N. Does a Positive Bias Relate to Social Behavior in Children With ADHD?. *Behavior Therapy*. 2012; 43: 862-875.
75. Dupuy FE, Barry RJ, Clarke AR, McCarthy R, Selikowitz M. Sex differences between the Combined and Inattentive types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An EEG perspective. *International Journal of Psychophysiology*. 2013: (in press).
76. Simão ANP. Treino em solução de problemas com crianças que apresentam transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.
77. Toledo MM. Comparação do diagnóstico e resposta a um treino de atenção em crianças com os subtipos de transtorno e déficit de atenção/hiperatividade. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
78. Berwid OG, Kera EAC, Marks DJ, Santra A, Bender HA, Halperin J M. Sustained attention and response inhibition in young children at risk for Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005; 46 (11): 1219-1229.
79. Simão ANP. Avaliação Neuropsicológica em Crianças com Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade. [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.

80. López-Villalobos JA, Serrano-Pintado I, Andrés-De Llano JM, Delgado Sánchez-Mateos J, Alberola-López S, Sánchez-Azón MI. Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2010; 50: 333-40.
81. Sánchez-Carpintero R, Norbona J. Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología.* 2001; 33(1): 47-53.
82. Fernandez-Mayoralas DM, Fernandez-Jaen A, Garcia-Segura JM, Quinones-Tapia D. Neuroimagen en el trastorno por deficit de atencion/hiperactividad. *Revista de Neurología.* 2010; 50 (Supl 3): S125-133.
83. Sena SS, Souza LK. Amizade, Infância e TDAH. *Contextos Clínicos.* 2010; 3(1): 18-28.
84. Harada Y, Yamazaki T, Saitoh K. Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2002; 56: 365–369.
85. Pardos A, Fernández-Jaén A, Fernández-Mayoralas DM. Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2009; 48 (Supl 2): S107-S111.
86. Neves SNH, Reimão R. Sleep Disturbances in 50 Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007; 65(2-A): 228-233.
87. Merino-Andreu M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y síndrome de piernas inquietas en niños. *Rev Neurol.* 2011; 52 (Supl 1): S85-95.

88. Carregal DC, Moreira SRG. Aspectos Psicológicos de Crianças Portadoras de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Mental*. 2011; 17: 643-650.
89. Martin AJ. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Perceived Competence, and Self-Worth: Evidence and Implications for Students and Practitioners. In Hollar D (ed.). *Handbook of Children with Special Health Care Needs*. New York: Springer Science+Business Media; 2012.

9.1 Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNÇÕES COGNITIVAS E ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Responsável pela pesquisa: **IURI VICTOR CAPELATTO**

Nome da participante: _____ idade: _____
Endereço: _____
Nome do responsável: _____ idade: _____ RG: _____
Grau de parentesco: _____

Eu, _____, autorizo meu filho (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “FUNÇÕES COGNITIVAS E ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem por objetivo comparar o desempenho de crianças com TDAH e crianças sem dificuldades de aprendizagem e/ou atenção nas funções cognitivas, aspectos emocionais e comorbidades.

Entendo que meu filho passará por uma avaliação neuropsicológica e emocional com o responsável pela pesquisa. Não serão utilizados instrumentos invasivos, sem prejuízos a aprendizagem da criança; não há gastos financeiros ao mesmo. Os atendimentos serão realizados no Laboratório DISAPRE/UNICAMP.

Vantagens:

Eu entendo que a minha participação neste projeto é voluntária e que as informações desta pesquisa em relação ao atendimento estarão à minha disposição e que, a pesquisa pode beneficiar a avaliação e o tratamento de crianças com TDAH para o entendimento das funções do cérebro e suas relações com a autoestima.

Sigilo:

Eu entendo que toda informação, assim como os resultados desse projeto de pesquisa, serão sigilosos. Se os resultados ou informações fornecidas forem utilizados para fins de publicação científica, nenhum nome será utilizado.

Fornecimento de Informação Adicional:

Eu entendo que posso requisitar informações adicionais relativas ao estudo a qualquer momento. O responsável pela pesquisa, Iuri Victor Capelatto, fone (19) 35217754, estará disponível para responder às minhas questões e preocupações. No caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, poderei ligar para a secretaria da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, fone (019) 3521-8936.

Recusa ou Descontinuação da Participação:

Eu entendo que a participação nesse projeto de pesquisa é voluntária e que eu posso recusar ou retirar meu consentimento a qualquer momento. Eu reconheço, também, que o responsável pela pesquisa pode interromper a minha participação nesse estudo a qualquer momento que julgar apropriado.

Assinatura do responsável

Pesquisadores responsáveis

9.2 Anexo 2

Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 06/12/10
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1016/2010 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0792.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “FREQUÊNCIA DE COMORBIDADE EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUA RELAÇÃO COM A AUTO-ESTIMA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Iuri Victor Capelatto

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/10/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 06/12/11 (O formulário encontra-se no site acima).

II - OBJETIVOS

Comparar a frequência de critérios de comorbidade em crianças com TDAH e relacionar com a auto-estima.

III - SUMÁRIO

Farão parte deste estudo 60 crianças com faixa etária entre 8 e 14 anos, que serão divididos em grupo controle (GC) e grupo de estudo (GE). Grupo experimental (GE) 30 crianças com diagnóstico de TDAH com idade entre 8 e 14 anos, de ambos os gêneros; Grupo controle:(GC): 30 crianças sem queixas de déficit de atenção e/ou problemas de aprendizagem com idade entre 8 e 14 anos, de ambos os gêneros. A avaliação ocorrerá no Laboratório DISAPRE (Laboratório de Distúrbios da Aprendizagem e da Atenção) onde a criança passará pela equipe interdisciplinar para diagnóstico (psiquiatria, neuropediatria, psicologia) Após o diagnóstico, os pais ou responsáveis devem assinar o TCLE para inclusão da criança no estudo. Os participantes serão avaliados individualmente em 6 sessões de uma hora de duração cada. Com os pais, serão duas sessões de uma hora cada, uma para anamnese semi-estruturada e outra para responder os questionários descritos nos materiais. Para o Grupo Controle, o pesquisador fará um estudo na escola estadual Prof. Adivalde de Oliveira Coelho, do município de Campinas-SP, em que os pais deverão assinar o TCLE.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na X Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de outubro de 2010.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



CEP, 26/02/13.
(PARECER CEP: Nº 1016/2010)

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “FREQUÊNCIA DE COMORBIDADE EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUA RELAÇÃO COM A AUTO-ESTIMA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Iuri Victor Capelatto

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova a emenda que altera o título para “FUNÇÕES COGNITIVAS E ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de fevereiro de 2013.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
COORDENADOR do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9.3 Anexo 3

Folha de resposta do WISC-III – exemplo

Nome: _____

Subtestes	Pontos Brutos	Pontos Ponderados					
Completar Figuras							
Informação							
Código							
Semelhanças							
Arranjo de Figuras							
Aritmética							
Cubos							
Vocabulário							
Armar Objetos							
Compreensão							
(Procurar Símbolos)			()				
(Dígitos)			()				
(Labirintos)			()				
Soma dos Pontos Ponderados		Verb.	Exec.	C.V.	O.P.	R.D.	V.P.
		Total			OPCIONAL		

WISC-III®

Escala de Inteligência Wechsler
para Crianças® – 3ª Edição

Adaptação de uma amostra Brasileira
Primeira Edição

Vera L. M. de Figueiredo

	Ano	Mês	Dia
Data do Teste			
Data de Nasc.			
Idade			

Escalas	Soma dos Pontos Ponderados	QI/ Índices	Percentil	Intervalo de Confiança %	Interpretação
Verbal					
Execução					
Total					
Comp. Verb.					
Org. Percep.					
Res. Dist.					
Veloc. Process.					

Pontos Ponderados dos Subtestes

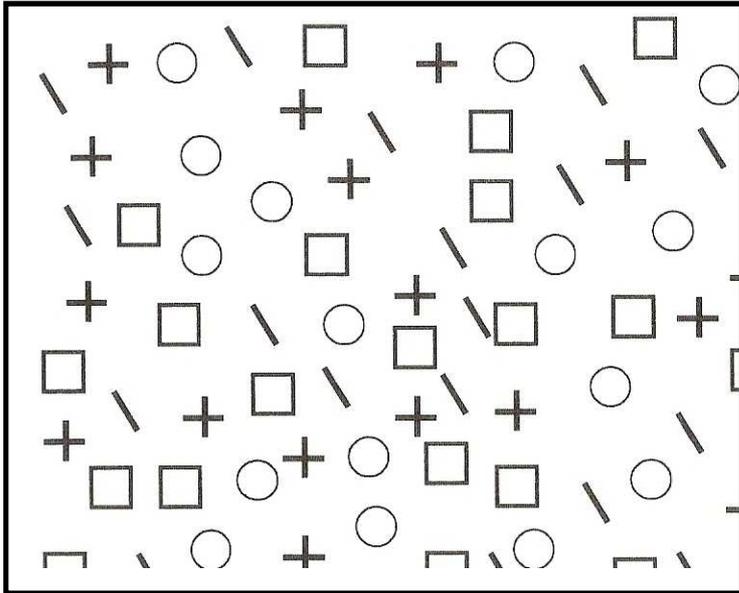
	Escala Verbal					Escala de Execução						
	Inf	Sem	Arit	Voc	Com Dig	CF	Cod	AF	Cub	AO	PS	Lab
19	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
18	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
16	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
15	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
14	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
13	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
12	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
11	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
10	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
9	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
8	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
7	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
6	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
5	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
1	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

QI	Índices Fatoriais (Opcional)						
	QIV	QIE	QIT	ICV	IOP	IRD	IVP
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
60							
50							
40							

9.4 Anexo 4

Teste de Cancelamento com Lápis e Papel

Exemplo de parte do Teste de Cancelamento – Figuras geométricas (TC-FG)



Exemplo de parte do Teste de Cancelamento – Letras em fileiras (TC-LF)

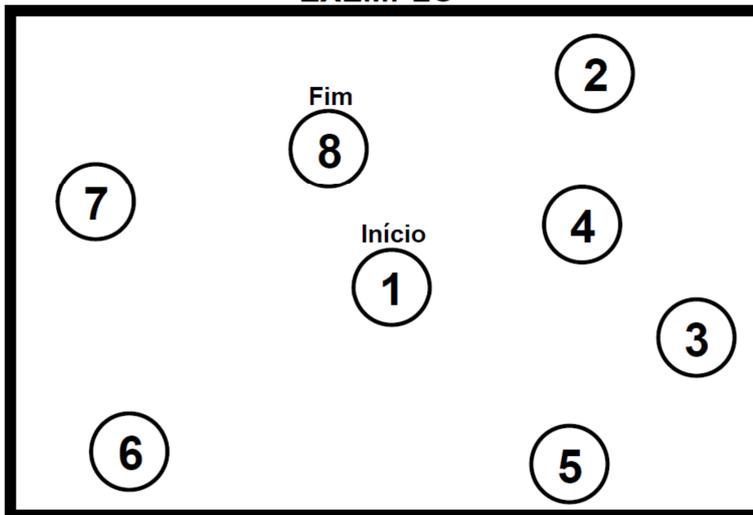
Z	R	U	A	T	I	L
O	G	A	V	K	Y	D
L	P	K	R	A	J	E
S	A	F	M	Z	V	A
R	E	W	C	A	H	P
I	Z	X	A	O	B	L
A	J	P	S	R	K	I
Q	D	C	M	H	W	G

9.5 Anexo 5

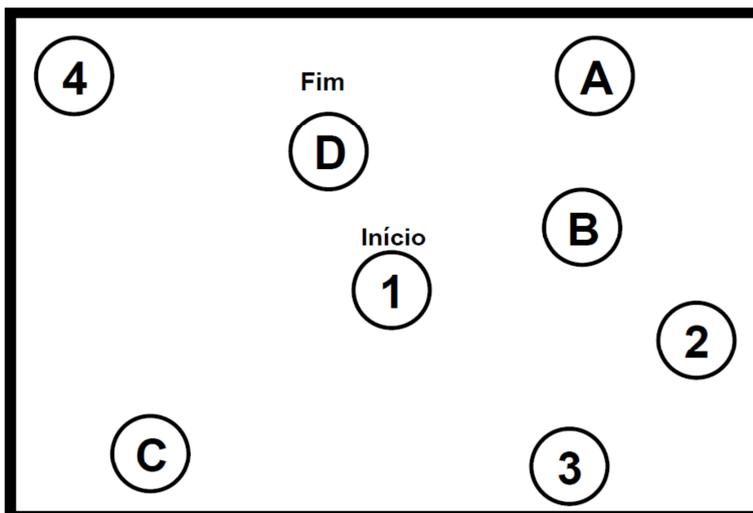
Trail Making Test

Exemplos das partes A e B do *Trail Making Test*

TRAIL MAKING TEST
Parte A
EXEMPLO



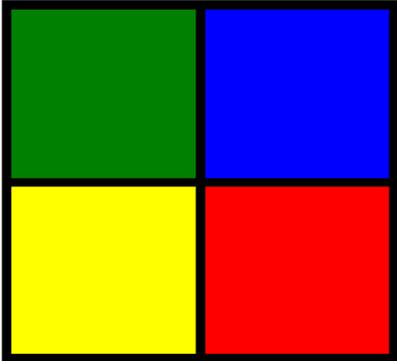
Parte B
EXEMPLO



9.6 Anexo 6

Stroop Color Word Test (SCWT)

Exemplo do Cartão Cores (SCWT-C)



Exemplo do Cartão Palavras (SCWT-P)



Exemplo do Cartão Cor-Palavra (SCWT-CP)



9.7 Anexo 7

Protocolo de registro dos escores

PROTOCOLO DE REGISTRO DOS ESCORES

Data:/...../.....

Nome:.....

DN:..... Idade:..... Série:.....

TESTES DE CANCELAMENTO

ESCORES	FIGURAS GEOMÉTRICAS	LETRAS EM FILEIRA
Tempo Execução (seg.)		
Erros por Omissão (n°)		
Erros por Adição (n°)		
Estratégias de Rastreamento	Por regiões	Por regiões
	Aleatória	Aleatória
	Por linhas	Por linhas
	Por colunas	Por colunas
	Apoio Digital	Apoio Digital
	Outra	Outra

STROOP COLOR WORD TEST

I. CORES			
Vd	Az	Am	Ve
Am	Ve	Vd	Az
Az	Vd	Am	Ve
Az	Am	Ve	Vd
Ve	Vd	Az	Am
Am	Vd	Az	Ve

II. PALAVRAS			
Vd	Az	Am	Ve
Am	Ve	Vd	Az
Az	Vd	Am	Ve
Az	Am	Ve	Vd
Ve	Vd	Az	Am
Am	Vd	Az	Ve

III. COR – PALAVRAS			
Az	Am	Ve	Vd
Vd	Az	Am	Ve
Ve	Az	Vd	Am
Vd	Ve	Am	Az
Az	Am	Vd	Ve
Ve	Az	Am	Vd

CARTÕES	TEMPO	ERROS
I. Cores		
II. Palavras		
III. Cor - Palavras		
Facilitação (I – II)		
Interferência (III – I)		

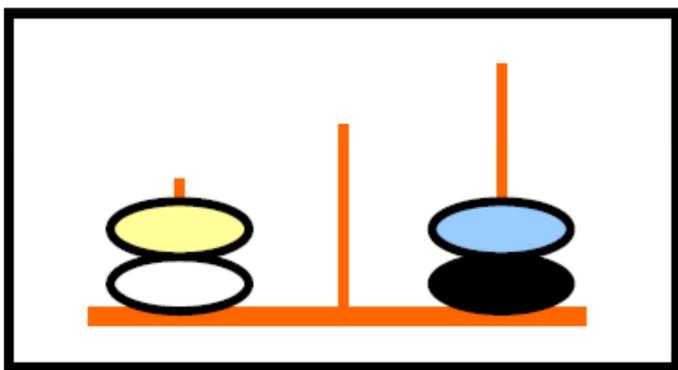
TRAIL MAKING TEST

ESCORES	A	B
Tempo		
Erro		
Erro Alternância		
Erro Sequência		

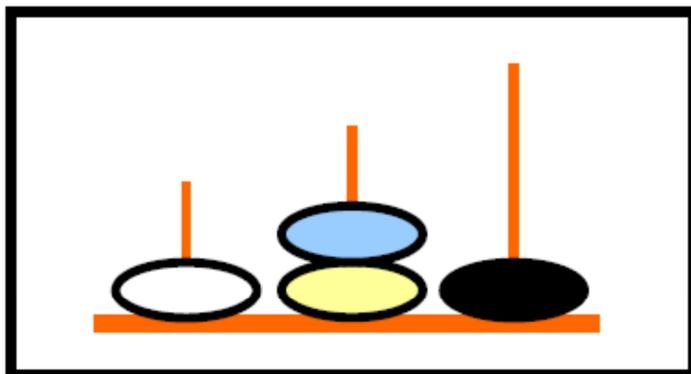
9.8 Anexo 8

Torre de Londres (ToL)

Exemplo de uma tarefa na ToL:



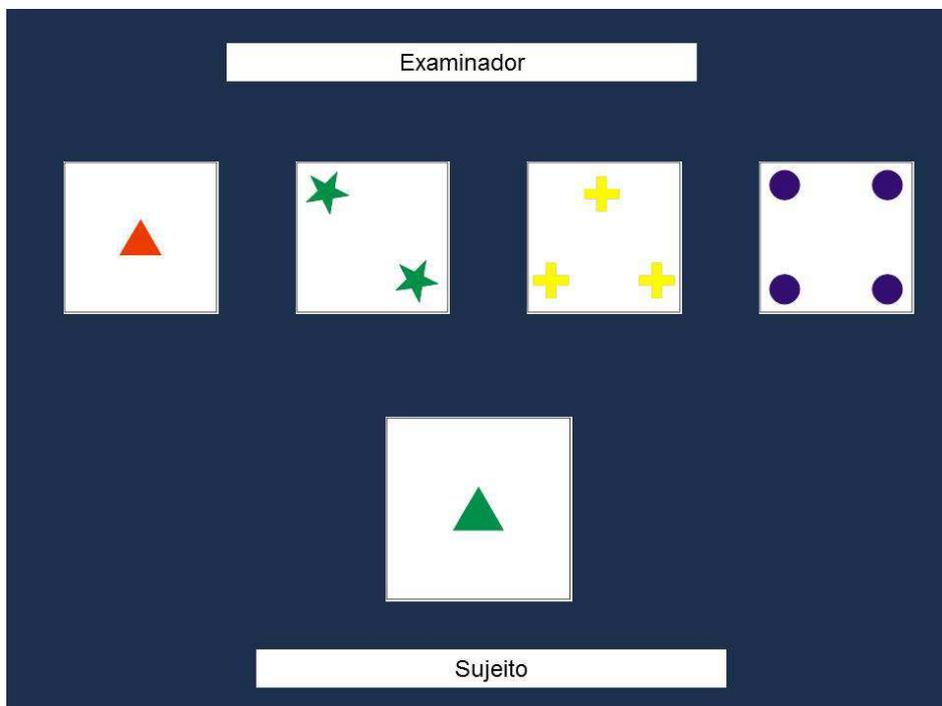
Posição Inicial



Exemplo

9.9 Anexo 9

Wisconsin Card Sorting Test



9.10 Anexo 10

Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE)

Exemplo da EMAE

EMAE- Escala Multidimensional de Auto-Estima
Gobbita, M. e Guzzo, R. S. L. (2003)
LAMP – Laboratório de Avaliação e Medidas em Psicologia / PUC Campinas

INSTRUÇÕES

Este questionário constitui-se de 56 afirmações sobre situações que podem ou não acontecer com você, pode também dizer de sentimentos que você pode ou não sentir, ou de jeitos que você pode ou não ter.

Você deve ler atentamente cada uma das afirmações e dar pontos para o quanto esta afirmação se parece com você. Para isso, assinale com um X na coluna ao lado de cada afirmação em cima de um número de 1 a 5 da seguinte forma:

1 - Não tem *nada* a ver comigo
2 - Tem um *pouco* a ver comigo
3 - Tem "*mais ou menos*" a ver comigo
4 - Tem a ver comigo
5 - Tem *muitíssimo* a ver comigo

Exemplo:

Afirmação	Resposta				
1. Gosto de conversar com meus amigos	1	2	3	4	X
2. Sou engraçado (a)	X	2	3	4	5

Nesse exemplo, a pessoa assinalou com um X na afirmação 5 ("Gosto de conversar com meus amigos"), porque achou que isto tem muito a ver com ela, pois ela também gosta de conversar com seus amigos. Na afirmação 2 ("sou engraçada(o)") ela assinalou 1, porque achou que não tem nada a ver com ela, pois não se acha engraçada.

Essa não é uma prova, não há respostas certas ou erradas. É importante você responder com sinceridade. A resposta simplesmente descreve como você se sente e o que pensa a seu respeito. Suas escolhas, portanto, devem ser feitas em função de como você se sente hoje.

9.11 Anexo 11

Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ)

Exemplo da EAC-IJ

ESCALA DE AUTOCONCEITO INFANTO-JUVENIL (EAC-IJ)

Fermino Fernandes Sisto e Selma de Cássia Martinelli

NOME: _____
IDADE: _____ SEXO: _____
ESCOLA: _____ SÉRIE: _____

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes você encontrará uma série de frases que descrevem como você se comporta, o que pensa ou sente. Após ler cada frase, marque com um X a opção que mais se ajusta a você: se você SEMPRE se sente assim; se ÀS VEZES se sente assim ou NUNCA se sente assim. Você deve considerar qual é sua forma mais comum de agir. Se alguém depois de marcar a resposta com um X quiser mudar a resposta, deve riscar o X no meio (X) e marcar outra resposta.

Procure não ficar muito tempo pensando em cada frase. Quando terminar, confira se você assinalou todas as frases. Não há respostas boas ou ruins, certas ou erradas. Procure ser totalmente sincero em suas respostas.

Vamos responder os dois exemplos abaixo.

Exemplos:

Acho que sou muito tímido em casa.

() Sempre () Às Vezes () Nunca

Fico envergonhado quando estou com outras pessoas.

() Sempre () Às Vezes () Nunca

Depois de marcarem o que pensam nessas situações, virem a folha e comecem a responder.

9.12 Anexo 12

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Exemplo de questões do CDI

Por favor, considere por um momento a lista de frases abaixo. Para cada grupo de três, indique com um X a que melhor descreve seu modo de pensar, agir ou sentir. MARQUE UMA ÚNICA ALTERNATIVA. Responda os itens o mais honestamente possível. Saiba que não existem respostas certas ou erradas.

1	Eu fico triste de vez em quando.	Eu fico triste muitas vezes.	Eu estou sempre triste.	
2	Para mim tudo se resolverá bem.	Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.	Nada vai dar certo para mim.	
3	Eu faço bem a maioria das coisas.	Eu faço errado a maioria das coisas.	Eu faço tudo errado.	
4	Eu me divirto muito com as coisas.	Eu me divirto com algumas coisas.	Nada é divertido para mim.	

9.13 Anexo 13

Child Behavior Check List (CBCL6-18)

Exemplo de questões do CBCL

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) *neste momento ou nos últimos seis meses*, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é *muito verdadeira ou frequentemente verdadeira* em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é *algumas vezes verdadeira* em relação ao seu filho(a). Se a afirmação *não é verdadeira* em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho(a).

	0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2	32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	2. Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva) _____	0 1 2	33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	4. Não termina as coisas que começou	0 1 2	35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas lhe dão prazer	0 1 2	36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	0 1 2	37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	7. É convencido(a), conta vantagem	0 1 2	38. É alvo de muitas provocações
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo	0 1 2	39. Anda com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva) _____	0 1 2	40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva) _____
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)	0 1 2	41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	42. Prefere estar sozinho(a) á ficar em companhia de outros

9.14 Anexo 14

TABELA WISCONSIN COMPLETA

Tabela 10. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao WCST.

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Min.	Máx.	Perc. 50 (Mediana)	Sig. (p)
WCST NEA	GE	21	120,33	13,50	88,00	128,00	128,00	0,001**
	GC	20	103,55	18,70	76,00	128,00	106,00	
	Total	41	112,15	18,15	76,00	128,00	121,00	
WCST NTE	GE	21	45,76	18,97	12,00	71,00	53,00	0,764
	GC	20	64,90	47,74	13,00	129,00	42,50	
	Total	41	55,10	36,83	12,00	129,00	46,00	
WCST NTE-P	GE	21	67,76	21,51	32,00	99,00	61,00	< 0,001**
	GC	20	90,45	11,26	61,00	100,00	95,00	
	Total	41	78,83	20,58	32,00	100,00	87,00	
WCST PE	GE	21	36,71	13,15	14,00	55,00	41,00	0,620
	GC	20	62,35	47,27	14,00	125,00	33,50	
	Total	41	49,22	36,28	14,00	125,00	36,00	
WCST PE-P	GE	21	70,52	20,91	34,00	99,00	66,00	0,003**
	GC	20	89,55	11,99	50,00	100,00	94,50	
	Total	41	79,80	19,48	34,00	100,00	86,00	
WCST PRP	GE	21	24,48	13,51	11,00	66,00	20,00	0,368
	GC	20	47,35	40,89	3,00	114,00	21,00	
	Total	41	35,63	31,93	3,00	114,00	21,00	
WCST PRP-P	GE	21	14,14	14,71	0,00	53,00	10,00	0,001**
	GC	20	35,35	23,96	5,00	93,00	30,00	
	Total	41	24,49	22,28	0,00	93,00	18,00	
WCST PEP	GE	21	21,29	10,67	7,00	49,00	20,00	0,389
	GC	20	45,40	40,43	3,00	110,00	18,50	
	Total	41	33,05	31,34	3,00	110,00	19,00	
WCST PEP-P	GE	21	11,95	13,54	0,00	47,00	5,00	0,001**
	GC	20	31,00	23,04	3,00	93,00	31,00	
	Total	41	21,24	20,90	0,00	93,00	16,00	
WCST PENP	GE	21	15,67	6,37	6,00	25,00	16,00	0,340
	GC	20	52,55	51,99	6,00	126,00	18,00	
	Total	41	33,66	40,65	6,00	126,00	16,00	
WCST PENP-P	GE	21	64,24	21,37	21,00	93,00	66,00	0,017*
	GC	20	79,70	13,53	47,00	96,00	82,50	
	Total	41	71,78	19,40	21,00	96,00	79,00	
WCST PRNC	GE	21	52,19	16,49	28,00	80,00	46,00	< 0,001**
	GC	20	88,20	29,65	50,00	134,00	78,00	
	Total	41	69,76	29,76	28,00	134,00	66,00	
WCST PRNC-P	GE	21	68,14	22,11	19,00	99,00	66,00	0,001**
	GC	20	88,80	15,36	34,00	99,00	94,00	
	Total	41	78,22	21,58	19,00	99,00	86,00	
WCST NCC	GE	21	4,14	1,59	1,00	6,00	4,00	0,001**
	GC	20	5,55	1,05	2,00	6,00	6,00	
	Total	41	4,83	1,52	1,00	6,00	6,00	
WCST FMC	GE	21	1,48	1,17	0,00	5,00	1,00	0,022*
	GC	20	0,85	1,27	0,00	4,00	0,00	
	Total	41	1,17	1,24	0,00	5,00	1,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; NEA: Número de Ensaios Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

9.15 Anexo 15

TABELA CDI COMPLETA

Tabela 14. Comparação ^(a) entre os grupos GE e GC em relação ao CDI.

Itens do CDI	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
CDI Total	GE	21	8,10	5,98	1,00	22,00	6,00	0,110
	GC	20	5,20	3,53	0,00	15,00	5,00	
	Total	41	6,68	5,10	0,00	22,00	6,00	
1-Tristeza	GE	21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,306
	GC	20	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,02	0,16	0,00	1,00	0,00	
2-Pessimismo	GE	21	0,62	0,59	0,00	2,00	1,00	0,540
	GC	20	0,70	0,47	0,00	1,00	1,00	
	Total	41	0,66	0,53	0,00	2,00	1,00	
3-Autoavaliação de desempenho	GE	21	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,025*
	GC	20	0,15	0,49	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,34	0,62	0,00	2,00	0,00	
4-Anedonia, lazer	GE	21	0,57	0,68	0,00	2,00	0,00	0,488
	GC	20	0,65	0,49	0,00	1,00	1,00	
	Total	41	0,61	0,59	0,00	2,00	1,00	
5-Conduitas hostis	GE	21	0,14	0,48	0,00	2,00	0,00	> 0,999
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,12	0,40	0,00	2,00	0,00	
6-Medo/avaliação negativa do futuro	GE	21	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,480
	GC	20	0,60	0,50	0,00	1,00	1,00	
	Total	41	0,56	0,59	0,00	2,00	1,00	
7-Autoconceito negativo	GE	21	0,19	0,40	0,00	1,00	0,00	0,418
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,15	0,36	0,00	1,00	0,00	
8-Sentimentos de Culpa	GE	21	0,52	0,68	0,00	2,00	0,00	0,017*
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,32	0,57	0,00	2,00	0,00	
9-Ideação suicida	GE	21	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	0,329
	GC	20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Total	41	0,02	0,16	0,00	1,00	0,00	
10-Vontade de chorar	GE	21	0,05	0,22	0,00	1,00	0,00	0,525
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,07	0,26	0,00	1,00	0,00	
11-Sentimentos de preocupação	GE	21	0,33	0,66	0,00	2,00	0,00	0,731
	GC	20	0,25	0,55	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,29	0,60	0,00	2,00	0,00	
12-Isolamento social	GE	21	0,14	0,36	0,00	1,00	0,00	0,949
	GC	20	0,15	0,37	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,15	0,36	0,00	1,00	0,00	

Itens do CDI	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
13-Preocupação com aparência	GE	21	0,52	0,75	0,00	2,00	0,00	0,601
	GC	20	0,35	0,49	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,44	0,63	0,00	2,00	0,00	
14-Dificuldades para dormir	GE	21	0,81	0,75	0,00	2,00	1,00	0,010*
	GC	20	0,25	0,44	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,54	0,67	0,00	2,00	0,00	
15-Sentimentos de Cansaço/fadiga	GE	21	0,29	0,72	0,00	2,00	0,00	0,582
	GC	20	0,10	0,31	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,20	0,56	0,00	2,00	0,00	
16-Sentimentos de Solidão	GE	21	0,38	0,74	0,00	2,00	0,00	0,439
	GC	20	0,20	0,52	0,00	2,00	0,00	
	Total	41	0,29	0,64	0,00	2,00	0,00	
17-interações escolares	GE	21	0,71	0,85	0,00	2,00	0,00	0,118
	GC	20	0,30	0,47	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,51	0,71	0,00	2,00	0,00	
18-Comparação de desempenho	GE	21	0,81	0,87	0,00	2,00	1,00	0,496
	GC	20	0,60	0,68	0,00	2,00	0,50	
	Total	41	0,71	0,78	0,00	2,00	1,00	
19-Sentimentos de não ser amado	GE	21	0,48	0,75	0,00	2,00	0,00	0,135
	GC	20	0,15	0,37	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,32	0,61	0,00	2,00	0,00	
20-Desobediência	GE	21	0,43	0,60	0,00	2,00	0,00	0,188
	GC	20	0,20	0,41	0,00	1,00	0,00	
	Total	41	0,32	0,52	0,00	2,00	0,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo; *p<0,05.

9.16 Anexo 16

TABELA ESCALAS DO CBCL COMPLETA

Tabela 15. Comparação^(a) dos grupos GE e GC em relação às escalas do CBCL.

Variável	Grupo	N	Média	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentil 50 (Mediana)	Sig. (p)
I-Ansiedade/ Depressão	GE	21	5,86	4,64	1,00	17,00	5,00	0,844
	GC	20	4,95	2,87	0,00	11,00	4,50	
	Total	41	5,41	3,86	0,00	17,00	5,00	
II-Retraimento/ Depressão	GE	21	2,57	2,60	0,00	9,00	2,00	0,417
	GC	20	2,05	2,48	0,00	8,00	1,00	
	Total	41	2,32	2,52	0,00	9,00	1,00	
III-Queixas Somáticas	GE	21	3,24	3,06	0,00	12,00	3,00	0,284
	GC	20	2,05	1,96	0,00	7,00	2,00	
	Total	41	2,66	2,62	0,00	12,00	2,00	
IV-Problemas Sociais	GE	21	5,38	2,94	1,00	12,00	5,00	0,008**
	GC	20	3,10	1,71	0,00	7,00	3,00	
	Total	41	4,27	2,66	0,00	12,00	4,00	
V-Problemas de Pensamento	GE	21	3,00	2,61	0,00	8,00	2,00	0,153
	GC	20	1,75	1,59	0,00	5,00	1,00	
	Total	41	2,39	2,24	0,00	8,00	2,00	
VI-Problemas de Atenção	GE	21	10,76	2,77	6,00	17,00	11,00	< 0,001**
	GC	20	3,50	2,86	0,00	10,00	3,00	
	Total	41	7,22	4,61	0,00	17,00	7,00	
VII-Conduas de Quebrar Regras	GE	21	3,81	3,53	0,00	12,00	3,00	0,088
	GC	20	1,90	1,94	0,00	7,00	1,00	
	Total	41	2,88	2,99	0,00	12,00	2,00	
VIII-Conduas Agressiva	GE	21	11,05	7,56	0,00	25,00	11,00	0,102
	GC	20	7,00	4,16	0,00	15,00	6,50	
	Total	41	9,07	6,40	0,00	25,00	8,00	
IX-Outros	GE	21	6,62	3,23	1,00	12,00	7,00	0,047*
	GC	20	4,55	2,42	0,00	8,00	4,00	
	Total	41	5,61	3,02	0,00	12,00	6,00	

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Mann-Whitney*; Sig.: significância – valor de p; n: número de sujeitos no grupo; Min: Mínimo; Max: Máximo. *p<0,05 (valor significativo); **p<0,01 (valor muito significativo).

9.17 Anexo 17

Tabela correlação EMAE e Stroop completa

Tabela 34. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C T	SCWT-C E	SCWT-P T	SCWT-P E	SCWT-CP T	SCWT-CP E	SCWT Int T	SCWT Int E	SCWT Fac T	SCWT- Fac E
EMAE Total	r	0,222	0,084	0,490	0,059	0,161	0,033	0,111	0,050	-0,200	0,092
	Sig. (p)	0,334	0,716	0,024*	0,801	0,485	0,886	0,631	0,829	0,386	0,691
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Média	r	0,222	0,084	0,490	0,059	0,161	0,033	0,111	0,050	-0,200	0,092
	Sig. (p)	0,334	0,716	0,024*	0,801	0,485	0,886	0,631	0,829	0,386	0,691
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	0,104	0,127	0,228	0,086	0,053	0,199	0,020	0,168	-0,160	0,038
	Sig. (p)	0,653	0,583	0,320	0,709	0,819	0,386	0,933	0,467	0,489	0,869
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	0,095	0,121	0,241	0,104	0,065	0,197	0,036	0,170	-0,172	0,026
	Sig. (p)	0,682	0,600	0,293	0,654	0,781	0,393	0,876	0,461	0,455	0,910
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	0,165	-0,159	0,513	0,077	0,132	-0,412	0,048	-0,364	-0,114	-0,064
	Sig. (p)	0,475	0,491	0,017*	0,741	0,569	0,063	0,835	0,104	0,623	0,783
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	0,265	0,175	0,434	0,132	0,217	0,053	0,144	0,034	-0,182	0,089
	Sig. (p)	0,245	0,449	0,049*	0,569	0,344	0,820	0,533	0,885	0,430	0,700
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	0,265	0,175	0,434	0,132	0,217	0,053	0,144	0,034	-0,182	0,089
	Sig. (p)	0,245	0,449	0,049*	0,569	0,344	0,820	0,533	0,885	0,430	0,700
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	R	0,216	0,129	0,541	0,256	0,239	0,161	0,193	0,171	-0,243	0,008
	Sig. (p)	0,346	0,577	0,011*	0,263	0,297	0,486	0,403	0,459	0,288	0,973
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	R	0,214	0,135	0,540	0,256	0,235	0,162	0,190	0,172	-0,247	0,013
	Sig. (p)	0,351	0,558	0,012*	0,263	0,305	0,483	0,410	0,457	0,281	0,954
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; Fac: Facilitação; *p<0,05 (valor significativo);

9.18 Anexo 18

Tabela correlação EMAE e Wisconsin completa

Tabela 36. Relação ^(a) entre as variáveis do EMAE e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE	WCST NTE-P	WCST PE	WCST PE-P	WCST PRP	WCST PRP-P	WCST PEP	WCST PEP-P	WCST PENP	WCST PENP-P	WCST PRNC	WCST PRNC-P	WCST NCC	WCST FMC
EMAE Total	r	-0,029	0,113	-0,059	0,111	-0,077	0,253	-0,175	0,244	-0,149	-0,294	0,238	-0,051	-0,093	-0,072	-0,140
	Sig. (p)	0,900	0,625	0,799	0,633	0,741	0,268	0,449	0,286	0,519	0,196	0,299	0,827	0,689	0,755	0,545
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Média	r	-0,029	0,113	-0,059	0,111	-0,077	0,253	-0,175	0,244	-0,149	-0,294	0,238	-0,051	-0,093	-0,072	-0,140
	Sig. (p)	0,900	0,625	0,799	0,633	0,741	0,268	0,449	0,286	0,519	0,196	0,299	0,827	0,689	0,755	0,545
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Total	r	0,137	0,244	-0,234	0,242	-0,232	0,247	-0,190	0,195	-0,127	0,047	-0,115	-0,159	-0,258	-0,158	-0,049
	Sig. (p)	0,554	0,286	0,306	0,291	0,312	0,280	0,408	0,396	0,584	0,840	0,620	0,491	0,258	0,493	0,833
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 1 Média	r	0,143	0,258	-0,244	0,255	-0,241	0,266	-0,205	0,214	-0,141	0,034	-0,102	-0,172	-0,262	-0,170	-0,032
	Sig. (p)	0,536	0,259	0,287	0,264	0,292	0,243	0,374	0,353	0,541	0,885	0,659	0,457	0,252	0,463	0,890
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 2 Total	r	-0,081	-0,084	0,192	-0,091	0,181	0,060	0,065	0,095	0,001	-0,318	0,325	0,159	0,192	0,166	-0,171
	Sig. (p)	0,726	0,716	0,405	0,694	0,432	0,797	0,781	0,683	0,997	0,160	0,150	0,491	0,405	0,473	0,459
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Total	r	0,093	0,245	-0,179	0,246	-0,185	0,341	-0,283	0,380	-0,279	-0,247	0,142	-0,191	-0,195	-0,183	-0,362
	Sig. (p)	0,688	0,284	0,437	0,282	0,423	0,130	0,213	0,089	0,220	0,280	0,539	0,406	0,397	0,428	0,107
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 3 Média	r	0,093	0,245	-0,179	0,246	-0,185	0,341	-0,283	0,380	-0,279	-0,247	0,142	-0,191	-0,195	-0,183	-0,362
	Sig. (p)	0,688	0,284	0,437	0,282	0,423	0,130	0,213	0,089	0,220	0,280	0,539	0,406	0,397	0,428	0,107
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Total	r	0,063	0,226	-0,227	0,232	-0,223	0,287	-0,246	0,280	-0,201	-0,156	0,098	-0,187	-0,217	-0,213	-0,070
	Sig. (p)	0,785	0,325	0,322	0,312	0,331	0,207	0,283	0,219	0,383	0,501	0,674	0,418	0,345	0,353	0,763
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EMAE Dim 4 Média	r	0,063	0,225	-0,224	0,231	-0,221	0,291	-0,250	0,285	-0,206	-0,165	0,107	-0,187	-0,215	-0,213	-0,078
	Sig. (p)	0,785	0,328	0,328	0,315	0,336	0,201	0,275	0,210	0,371	0,475	0,645	0,417	0,349	0,353	0,738
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; Dim.: dimensão; Dim 1: Aceitação Social; Dim 2: Percepção de Si; Dim 3: Família; Dim 4: Desempenho; NEA: Número de Ensaios Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto.

9.19 Anexo 19

Tabela correlação EAC-IJ e Stroop completa

Tabela 38. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C T	SCWT-C E	SCWT-P T	SCWT-P E	SCWT- CP T	SCWT- CP E	SCWT Int T	SCWT Int E	SCWT Fac T	SCWT- Fac E
EACIJ Total	r	0,004	-0,037	0,220	0,050	0,152	-0,026	0,136	0,057	-0,174	-0,018
	Sig. (p)	0,985	0,875	0,339	0,829	0,512	0,912	0,557	0,806	0,451	0,937
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EACIJ Quartil	r (r)	-0,032	-0,112	0,206	-0,005	0,103	-0,025	0,092	0,111	-0,208	-0,069
	Sig. (p)	0,890	0,630	0,371	0,984	0,657	0,913	0,692	0,631	0,365	0,767
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Social Quartil	r	-0,015	-0,156	0,108	-0,233	0,188	0,086	0,265	0,304	-0,218	0,001
	Sig. (p)	0,947	0,499	0,642	0,309	0,415	0,710	0,246	0,180	0,342	0,995
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; Fac.: Facilitação.

9.20 Anexo 20

Tabela correlação EAC-IJ e Wisconsin completa

Tabela 40. Relação ^(a) entre as variáveis do EAC-IJ e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE	WCST NTE-P	WCST PE	WCST PE-P	WCST PRP	WCST PRP-P	WCST PEP	WCST PEP-P	WCST PENP	WCST PENP-P	WCST PRNC	WCST PRNC-P	WCST NCC	WCST FMC
EACIJ	r	0,124	0,435	-0,395	0,439	-0,440	0,459	-0,435	0,470	-0,459	0,044	-0,093	-0,340	-0,390	-0,174	-0,371
	Sig. (p)	0,593	0,049*	0,077	0,047*	0,046*	0,036*	0,049*	0,032*	0,036*	0,849	0,687	0,132	0,080	0,450	0,098
	Total N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
EACIJ	r	0,088	0,400	-0,371	0,405	-0,417	0,414	-0,401	0,415	-0,419	0,050	-0,091	-0,304	-0,374	-0,144	-0,305
	Sig. (p)	0,703	0,073	0,098	0,069	0,060	0,062	0,072	0,062	0,059	0,831	0,693	0,180	0,095	0,534	0,178
	Quartil N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Social	r	-0,078	0,201	-0,223	0,212	-0,264	0,261	-0,282	0,247	-0,265	-0,088	0,073	-0,105	-0,214	0,019	-0,220
	Sig. (p)	0,738	0,381	0,331	0,356	0,248	0,253	0,215	0,281	0,245	0,705	0,752	0,652	0,352	0,936	0,338
	Quartil N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05.

9.21 Anexo 21

Tabela correlação CDI e Stroop completa

Tabela 42. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C T	SCWT-C E	SCWT-P T	SCWT-P E	SCWT-CP T	SCWT-CP E	SCWT Int T	SCWT Int E	SCWT Fac T	SCWT- Fac E
CDI Total	r	0,326	0,081	0,106	0,050	0,162	-0,326	0,067	-0,417	0,409	0,160
	Sig. (p)	0,149	0,727	0,648	0,829	0,482	0,149	0,774	0,060	0,066	0,488
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	-0,017	-0,146	-0,010	0,012	-0,041	-0,196	-0,087	-0,094	0,159	-0,085
	Sig. (p)	0,943	0,526	0,964	0,960	0,859	0,393	0,707	0,684	0,490	0,715
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,227	0,392	-0,192	0,188	-0,015	0,206	-0,070	0,081	0,570	0,291
	Sig. (p)	0,323	0,079	0,404	0,414	0,947	0,371	0,761	0,729	0,007**	0,200
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,150	0,033	-0,044	-0,154	-0,018	-0,123	-0,050	0,033	0,409	0,194
	Sig. (p)	0,517	0,889	0,849	0,505	0,938	0,595	0,828	0,888	0,066	0,399
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; Coef. Correl.: coeficiente de correlação – r; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; **p<0,01.

9.22 Anexo 22

Tabela correlação CDI e Wisconsin completa

Tabela 44. Relação ^(a) entre as variáveis do CDI e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST	WCST
		NEA	NTE	NTE-P	PE	PE-P	PRP	PRP-P	PEP	PEP-P	PENP	PENP-P	PRNC	PRNC-P	NCC	FMC
CDI Total	r	0,122	0,089	-0,071	0,077	-0,033	0,037	0,022	0,090	-0,050	0,080	-0,082	-0,154	-0,041	-0,314	0,216
	Sig. (p)	0,598	0,702	0,761	0,739	0,886	0,872	0,925	0,699	0,830	0,731	0,723	0,505	0,862	0,165	0,346
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
3-Autoavaliação de desempenho	r	0,094	0,106	-0,232	0,106	-0,182	-0,029	-0,023	-0,033	-0,008	0,280	-0,213	-0,161	-0,175	-0,337	0,374
	Sig. (p)	0,686	0,648	0,313	0,648	0,429	0,900	0,923	0,887	0,972	0,219	0,354	0,485	0,448	0,136	0,095
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
8-Sentimentos de Culpa	r	0,366	0,406	-0,531	0,400	-0,534	0,324	-0,365	0,349	-0,412	0,519	-0,501	-0,525	-0,538	-0,552	0,198
	Sig. (p)	0,103	0,067	0,013*	0,073	0,013*	0,152	0,104	0,121	0,064	0,016*	0,021*	0,015*	0,012*	0,009**	0,389
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
14-Dificuldades para dormir	r	0,110	0,021	-0,158	0,020	-0,126	0,051	-0,065	0,040	-0,063	0,121	-0,053	-0,047	-0,059	-0,186	0,524
	Sig. (p)	0,635	0,927	0,495	0,931	0,586	0,827	0,781	0,862	0,785	0,602	0,819	0,839	0,799	0,419	0,015*
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; *p<0,05; **p<0,01.

9.23 Anexo 23

Tabela correlação CBCL e Stroop completa

Tabela 46. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e o Stroop no GE.

Variável	Estatística	SCWT-C T	SCWT-C E	SCWT-P T	SCWT-P E	SCWT-CP T	SCWT-CP E	SCWT Int T	SCWT Int E	SCWT Fac T	SCWT-Fac E
IV-Problemas Sociais	r	0,109	0,080	-0,199	-0,131	0,294	0,440	0,408	0,422	0,169	0,044
	Sig. (p)	0,637	0,730	0,387	0,571	0,196	0,046*	0,066	0,057	0,464	0,850
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,042	0,151	-0,227	0,057	0,237	0,359	0,322	0,336	0,170	-0,002
	Sig. (p)	0,856	0,515	0,322	0,806	0,302	0,110	0,155	0,136	0,460	0,992
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,046	0,066	-0,220	-0,045	0,394	0,260	0,509	0,178	0,241	0,074
	Sig. (p)	0,843	0,776	0,339	0,846	0,078	0,255	0,019*	0,439	0,292	0,750
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Conduas Internalizantes	r	0,177	-0,058	-0,328	-0,182	0,319	0,053	0,350	0,056	0,485	0,011
	Sig. (p)	0,441	0,802	0,147	0,431	0,158	0,818	0,120	0,811	0,026*	0,963
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Conduas Externalizantes	r	-0,040	0,216	-0,336	0,057	0,076	0,420	0,201	0,317	0,116	0,089
	Sig. (p)	0,862	0,346	0,137	0,805	0,742	0,058	0,381	0,161	0,617	0,700
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Outras	r	0,119	0,144	-0,255	-0,029	0,404	0,370	0,505	0,303	0,341	0,081
	Sig. (p)	0,607	0,535	0,265	0,901	0,070	0,099	0,020*	0,181	0,130	0,727
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,030	0,121	-0,397	-0,069	0,265	0,374	0,388	0,320	0,323	0,073
	Sig. (p)	0,897	0,602	0,075	0,768	0,246	0,095	0,082	0,158	0,153	0,752
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; SCWT-C: Stroop Color Word Test – Cartão Cor; SCWT-P: Stroop Color Word Test – Cartão Palavras; SCWT-CP: Stroop Color Word Test – Cartão Cor-Palavra; T: Tempo; E: Erros; Int: Interferência; Fac: Facilitação; *p<0,05 (valor significativo).

9.24 Anexo 24

Tabela correlação CBCL e Wisconsin completa

Tabela 48. Relação ^(a) entre as variáveis do CBCL e do Wisconsin no GE.

Variável	Estatística	WCST NEA	WCST NTE	WCST NTE-P	WCST PE	WCST PE-P	WCST PRP	WCST PRP-P	WCST PEP	WCST PEP-P	WCST PENP	WCST PENP-P	WCST PRNC	WCST PRNC-P	WCST NCC	WCST FMC
IV-Problemas Sociais	r	0,372	0,425	-0,443	0,420	-0,426	0,401	-0,409	0,337	-0,358	0,210	-0,265	-0,420	-0,447	-0,404	0,046
	Sig. (p)	0,097	0,055	0,045*	0,058	0,054	0,071	0,066	0,136	0,111	0,360	0,246	0,058	0,042*	0,070	0,844
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
VI-Problemas de Atenção	r	0,110	0,170	-0,208	0,173	-0,170	0,054	-0,076	0,024	-0,034	0,080	-0,167	-0,168	-0,113	-0,182	0,425
	Sig. (p)	0,635	0,461	0,366	0,454	0,460	0,815	0,744	0,916	0,884	0,729	0,470	0,467	0,624	0,430	0,055
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
IX-Outros	r	0,109	0,253	-0,275	0,255	-0,250	0,092	-0,121	0,053	-0,113	0,218	-0,257	-0,225	-0,224	-0,182	0,247
	Sig. (p)	0,639	0,268	0,228	0,265	0,274	0,690	0,602	0,819	0,625	0,343	0,262	0,326	0,328	0,430	0,281
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Conduas Internalizantes	r	0,301	0,069	-0,124	0,057	-0,094	0,086	-0,095	0,018	-0,046	0,274	-0,193	-0,030	-0,052	-0,080	0,386
	Sig. (p)	0,184	0,766	0,592	0,807	0,686	0,710	0,683	0,939	0,841	0,230	0,403	0,897	0,822	0,731	0,084
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Conduas Externalizantes	r	0,162	0,250	-0,237	0,256	-0,244	0,134	-0,171	0,109	-0,172	0,175	-0,270	-0,306	-0,247	-0,215	0,166
	Sig. (p)	0,484	0,275	0,300	0,262	0,286	0,563	0,460	0,639	0,455	0,449	0,236	0,177	0,279	0,349	0,472
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Outras	r	0,327	0,376	-0,396	0,373	-0,367	0,289	-0,299	0,234	-0,265	0,236	-0,291	-0,353	-0,325	-0,327	0,301
	Sig. (p)	0,149	0,093	0,076	0,095	0,101	0,204	0,187	0,308	0,246	0,303	0,200	0,116	0,150	0,148	0,184
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
CBCL – Total	r	0,251	0,257	-0,284	0,260	-0,274	0,157	-0,195	0,097	-0,165	0,269	-0,314	-0,247	-0,234	-0,171	0,317
	Sig. (p)	0,272	0,260	0,212	0,255	0,229	0,496	0,396	0,676	0,474	0,239	0,166	0,281	0,308	0,457	0,161
	n	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda: a. Aplicação do *Teste de Correlação de Spearman*; r: coeficiente de correlação; N: número de sujeitos no grupo; Sig: significância – valor de p; NEA: Número de Ensaio Administrados; NTE: Número Total de Erros; NTE-P: Número Total de Erros-Percentil; PE: Percentual de

Erros; PE-P: Percentual de Erros-Percentil; PRP: Percentual de Respostas Perseverativas; PRP-P: Percentual de Respostas Perseverativas-Percentil; PEP: Percentual de Erros Perseverativos; PEP-P: Percentual de Erros Perseverativos-Percentil; PENP: Percentual de Erros Não Perseverativos; PENP-P: Percentual de Erros Não Perseverativos-Percentil; PRNC: Percentual de Respostas de Nível Conceitual; PRNC-P: Percentual de Respostas de Nível Conceitual-Percentil; NCC: Número de Categorias Completadas; FMC: Fracasso ao Manter o Contexto; * $p < 0,05$.