

de Avaliação de Barkley para TDAH

Russell A. Barkley
Kevin R. Murphy

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Exercícios Clínicos

a 17 anos)

dificuldade para organizar as tarefas ou perde coisas.	Sim	Não
dificuldade para manter a atenção nas tarefas e se distrai	Sim	Não
o escuta, segue instruções ou termina as tarefas.	Sim	Não
impulsivos:		
o consegue permanecer sentado ou fica mexendo nas coisas.	Sim	Não
ge com impulsividade, não pensa antes de agir ou não	Sim	Não

3ª Edição



Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Sobre os autores

Russell A. Barkley, Ph.D. Research Professor, Department of Psychiatry, State University of New York Upstate Medical University, Syracuse, New York; Adjunct Professor, Department of Psychiatry, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina. Suas importantes contribuições para a pesquisa foram reconhecidas com prêmios da American Association of Applied and Preventive Psychology, da American Academy of Pediatrics, da seção de psicologia infantil clínica da American Psychological Association e da Society for a Science of Clinical Psychology. Tem publicado pela Artmed: *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais na saúde* (2002); *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (2008).

Kevin R. Murphy, Ph.D. Director, Adult ADHD Clinic of Central Massachusetts, Northboro, Massachusetts. Foi Professor Associado de Psiquiatria e Chefe da Clínica de TDAH para Adultos na Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts de 1992 a 2003. Dr. Murphy é co-autor de dois livros e de mais de 30 artigos científicos e capítulos de livros sobre TDAH em adultos, além de palestrante e conferencista sobre questões relacionadas à avaliação e ao tratamento de TDAH em adultos, determinação de incapacidade, de conformidade ao Americans with Disabilities Act (ADA), e testes/adaptação ao local de trabalho. Foi membro do Corpo Consultivo Nacional do Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Em 2001 foi eleito para a Galeria da Fama do CHADD.



B254t Barkley, Russell A.
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [recurso eletrônico] : exercícios clínicos / Russell A. Barkley, Kevin R. Murphy ; tradução Magda França Lopes. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

Editado também como livro impresso em 2008.
ISBN 978-85-363-1467-9

1. Psiquiatria - Hiperatividade. I. Barkley, Russell A.

CDU 616.89-008.61

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023.

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

Exercícios Clínicos

3ª Edição

Russell A. Barkley
Kevin R. Murphy

Tradução:

Magda França Lopes

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Marcelo Schmitz

Doutor e Mestre em Medicina – UFRGS
Professor Adjunto de Psiquiatria – UFRGS

Versão impressa
desta obra: 2008



2008

Obra originalmente publicada sob o título *Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook*, 3rd Edition
ISBN 978-1-59385-227-4

© 2006, The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Capa
Mário Röhnelt

Preparação do original
Maria Rita Quintella

Leitura final
Rubia Minozzo

Supervisão editorial
Mônica Ballejo Canto

Projeto e editoração
Armazém Digital Editoração Eletrônica – Roberto Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 - Higienópolis
01227-100 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Prefácio

Todos os materiais deste livro destinam-se a ser da maior conveniência e utilidade quando empregados em sua prática clínica. Foram criados para acompanhar a 3ª edição recentemente revisada de *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*, de Barkley. Recomendamos enfaticamente a leitura do *Manual* antes de usar em sua prática as ferramentas clínicas aqui incluídas.

Somos muito gratos a Michael Breen, Ph.D., e a Thomas Altepeter, Ph.D., pela permissão para, mais uma vez, publicar as normas para os Questionários para Situações Domésticas e na Escola, a George DuPaul, Ph.D., e sua equipe, por permitir apresentar as pontuações de corte clínicas para os itens de TDAH nas escalas de avaliação do comportamento disruptivo, baseados em seu estudo normativo para esse conjunto de itens; e a Arthur Robin, Ph.D., por sua permissão continuada para a reprodução do *Checklist* das questões neste livro.

Russell A. Barkley, Ph.D.
Kevin R. Murray, Ph.D.

Sumário

Prefácio	v
Descrição resumida do TDAH	9

Formulários para serem usados com crianças e adolescentes

Instruções para os formulários para crianças e adolescentes	23
Instruções gerais para completar os questionários	36
Informações da criança e da família	38
História desenvolvimental e médica	39
Como se preparar para a avaliação de seu filho	43
Entrevista clínica – Formulário para relatório dos pais	54
<i>Checklist</i> de avaliação de Barkley para TDAH	80
Escala de avaliação do comportamento disruptivo – Formulário para pais	82
Escala de avaliação do comportamento disruptivo – Formulário para professores	86
Questionário de situações domésticas	89
Questionário de situações na escola	90
<i>Checklist</i> de questões para pais e adolescentes	91
Usando um cartão de relatório diário do comportamento na escola	94
Dezoito grandes idéias para lidar com crianças ou adolescentes com TDAH	101
Grandes acomodações em classe para crianças ou adolescentes com TDAH	103

Formulários para a avaliação de adultos

Instruções para os formulários para adultos	109
História desenvolvimental	119
História ocupacional	120
História da saúde	121
História social	122
Escala de sintomas atuais – Formulário para auto-relato	123
Escala de sintomas na infância – Formulário para auto-relato	126
Escala de sintomas atuais – Formulário para relato de outra pessoa	130
Escala de sintomas na infância – Formulário para relato de outra pessoa	132
Escala do desempenho escolar na infância – Formulário para relato de outra pessoa	136
Escala de avaliação do desempenho no trabalho – Formulário para auto-relato	139
Entrevista com o adulto	141
Levantamento da história como motorista – Formulário para auto-relato	164
Levantamento da história do comportamento na direção – Formulário para auto-relato	165
Levantamento do comportamento na direção – Formulário para relato de outra pessoa	168
Questões na documentação do TDAH como transtorno de conformidade com o Ato dos Americanos com Incapacidades (<i>Americans with Disabilities Act</i>)	171
Conselhos práticos para enfrentar o TDAH em adultos	173

Formulários para serem usados durante tratamento com medicação

Ponderando sobre as medicações para o TDAH	177
<i>Checklist</i> do médico para os pais	179
Informações de acompanhamento	180
Escala de avaliação dos efeitos colaterais	182

Descrição resumida do TDAH

Esta introdução ao tema foi desenvolvida por Barkley como uma referência bastante acessível para ser entregue a pais e professores de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou para adultos diagnosticados com esse transtorno e que foram vistos em sua prática clínica. Pode ser oferecido como parte da reunião de *feedback* logo após sua avaliação, ou pode ser enviada para os professores de um aluno em sua escola, acompanhada por recomendações específicas para o manejo dessa criança na classe. Igualmente, pode ser encaminhada ao empregador, supervisor ou familiares de um adulto diagnosticado com TDAH, com a devida permissão.



O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é o termo atual para designar um transtorno desenvolvimental específico observado tanto em crianças quanto em adultos, que compreende déficits na inibição comportamental, atenção sustentada e resistência à distração, bem como a regulação do nível de atividade da pessoa às demandas de uma situação (hiperatividade ou inquietação). Hoje, muitos pesquisadores clínicos acreditam que o TDAH é um transtorno da inibição e da auto-regulação que dá origem a outros desses sintomas. O transtorno já teve muitos nomes diferentes durante o século passado, incluindo síndrome da criança hiperativa, reação hipercinética da infância, disfunção cerebral mínima e transtorno de déficit de atenção (com ou sem hiperatividade).

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

As características predominantes do TDAH são as seguintes:

1. *Diminuição da inibição da resposta, do controle do impulso ou da capacidade para protelar a gratificação.* Isto é frequentemente observado na incapacidade do indivíduo para parar e pensar antes de agir, para esperar a vez ao participar de jogos, conversar com outras pessoas ou ter de esperar em uma fila; para continuar a realizar uma tarefa ou tentar atingir um objetivo, apesar de obter *feedback* negativo e sem reagir aos erros indicados; para resistir às distrações enquanto se concentra ou trabalha; para se esforçar para conseguir recompensas maiores e de mais longo prazo em vez de optar por menores e mais imediatas; e para inibir a reação dominante ou imediata a um evento, conforme pode exigir a situação.
2. *Atividade excessiva irrelevante para a tarefa ou atividade malregulada para as demandas de uma situação.* Em muitos casos, observa-se que os indivíduos com TDAH são excessivamente inquietos, desassossegados e continuamente ativos. Eles exibem um excesso de movimentos desnecessários para a realização de uma tarefa, tais como ficar mexendo os pés e as pernas, dar tapinhas nas coisas, balançar-se quando estão sentados ou mudar de posição ou postura enquanto estão realizando tarefas relativamente aborrecedoras. As crianças menores portadoras deste transtorno podem correr em excesso, subir nas coisas e realizar outras atividades motoras grosseiras. Embora isso tenda a declinar com a idade, até mesmo adolescentes com TDAH são mais inquietos e desassossegados que seus pares. Em adultos com o transtorno, a inquietação pode ser mais subjetiva que observável de fora, embora alguns permaneçam também explicitamente inquietos e relatem uma necessidade de estar sempre ocupados ou fazendo alguma coisa, incapazes, portanto, de se manter sentados, quietos.
3. *Atenção sustentada deficiente ou pouca persistência de esforço na realização de tarefas.* Com frequência, este problema surge quando são designadas ao indivíduo tarefas aborrecedoras, tediosas, demoradas ou repetitivas, sem um apelo intrínseco para a pessoa. Esses sujeitos amíúde não conseguem demonstrar o mesmo nível de persistência, atenção, motivação e força de vontade de outros de sua idade quando devem realizar tarefas desinteressantes, apesar de importantes. Em geral, dizem ficar facilmente entediados com tais atividades e, conseqüentemente, passam de uma atividade não-realizada para outra sem completar a anterior. A perda de concentração durante tarefas tediosas, aborrecedoras ou demoradas é comum, assim como uma incapacidade para retornar à tarefa em que estavam trabalhando se forem inesperadamente interrompidos. Por isto, distraem-se com facilidade durante períodos em que a concentração é importante para as tarefas que estão realizando. Podem também ter problemas em completar atribuições rotineiras sem supervisão direta e não conseguir dar continuação à tarefa que realizavam durante trabalho independente.

Estas são as três áreas de dificuldade mais comuns associadas ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. No entanto, a pesquisa sugere

que o portador de TDAH, em particular os subtipos associados com comportamento impulsivo (discutidos mais adiante), pode também ter dificuldades nas seguintes áreas de funcionamento:

1. *Lembrar de fazer as coisas, ou memória de trabalho.* A memória de trabalho refere-se à capacidade de reter na mente informações que serão usadas para guiar as ações da pessoa agora ou em uma situação futura. É essencial para lembrar de fazer coisas no futuro próximo. Indivíduos com TDAH freqüentemente apresentam dificuldades com a memória de trabalho e, por isso, são descritos como esquecidos, por esquecerem de fazer as coisas, incapazes de reter na mente informações importantes das quais vão necessitar para guiar suas ações posteriormente e desorganizados em seu pensamento e em outras atividades, pois, com freqüência, se esquecem do objetivo de suas atividades. Muitas vezes, podem ser descritos como pessoas que agem sem percepção tardia ou antecipação, sendo incapazes de prever e de se preparar para eventos futuros como as demais pessoas, que parecem depender da memória de trabalho. Pesquisas recentes sugerem que os portadores deste transtorno não conseguem usar o tempo de modo tão adequado em suas atividades diárias quanto os demais; por isto, estão em geral atrasados para os encontros e prazos, malpreparados para as atividades a serem realizadas proximamente, além de menos capazes para atingir objetivos e fazer planos de longo prazo. Problemas com o manejo do tempo e com a própria organização em relação aos eventos vindouros são lugar-comum em crianças mais velhas e adultos portadores de TDAH.
2. *Atraso no desenvolvimento da linguagem interna (a voz da mente) e na obediência às regras.* Pesquisas recentes sugerem que crianças com TDAH são significativamente atrasadas no desenvolvimento da linguagem interna – a voz privada no interior de nossa mente que empregamos para conversar conosco mesmos, contemplar eventos e dirigir ou comandar nosso próprio comportamento. Esta fala privada é absolutamente essencial para o desenvolvimento normal da contemplação, reflexão e regulação do *self*. Seu atraso em pessoas com TDAH contribui para problemas importantes em sua capacidade para seguir regras; para ler e seguir instruções cuidadosamente, para seguir seus próprios planos, listas de coisas a fazer e, até mesmo, de agir com princípios legais ou morais em mente. Quando combinado com suas dificuldades com a memória de trabalho, este problema com a conversa consigo mesmo ou fala privada freqüentemente resulta em importante interferência com a compreensão da leitura, sobretudo de atribuições de leituras complexas, não-interessantes ou longas.
3. *Dificuldades com a regulação das emoções, da motivação e do estado de alerta.* Com freqüência, as crianças e os adultos com TDAH têm problemas para inibir suas reações emocionais aos eventos, como fazem os outros de sua idade. Não é que as emoções que experimentam sejam

inapropriadas, mas as pessoas com TDAH são mais propensas que as demais a manifestar publicamente as emoções que experimentam. Parecem menos capazes de “internalizar” seus sentimentos, mantê-los para si e até mesmo moderá-los quando o fazem como outras pessoas poderiam fazer. Em consequência disso, têm mais probabilidade de parecerem aos outros mais imaturos emocionalmente, mais reativos em seus sentimentos e mais irascíveis, irritáveis e facilmente frustrados pelos acontecimentos. Associadas a este problema com a regulação da emoção estão as dificuldades que têm em gerar a motivação intrínseca para tarefas que não oferecem uma recompensa imediata ou um apelo para eles. Esta capacidade para criar motivação privada, impulso ou determinação seguidamente faz com que pareçam não ter força de vontade ou autodisciplina, pois não conseguem permanecer realizando coisas que não lhes proporcionem recompensa, estímulo ou interesse imediatos. Sua motivação permanece dependente do ambiente imediato para o esforço e o tempo que dedicarão ao trabalho, enquanto as outras pessoas desenvolvem uma capacidade para se motivarem intrinsecamente na ausência de recompensas imediatas ou outras consequências. Também relacionada a tais dificuldades com o controle da emoção e da motivação está aquela de controlar seu nível geral de alerta para cumprir as exigências da situação. Sujeitos com TDAH acham difícil ficar alerta para iniciar um trabalho que precise ser feito, e muitas vezes queixam-se de serem incapazes de se manter alertas ou mesmo despertas em situações tediosas, além de frequentemente parecerem estar sonhando acordados ou confusos, quando deveriam estar mais alertas, concentrados e ativamente engajados em uma tarefa.

4. *Diminuição da capacidade para resolver problemas, ingenuidade e flexibilidade na busca de objetivos de longo prazo.* Muitas vezes, quando estamos envolvidos em atividades dirigidas a objetivos, encontramos problemas que são obstáculos para se atingir aquilo a que nos propomos. Nesses momentos, os indivíduos devem ser capazes de gerar rapidamente várias opções para si mesmos, considerando seus respectivos resultados e escolhendo entre eles um que pareça ter maior possibilidade de superar o obstáculo, para que possam continuar rumo a seu objetivo. Pessoas com TDAH acham que tais barreiras a seus objetivos são mais difíceis de superar; com frequência, elas desistem de seus objetivos diante dos obstáculos e não usam o tempo para pensar em outras opções que poderiam ajudá-las a ter sucesso em seu objetivo. Assim, podem parecer menos flexíveis na abordagem de situações problemáticas e com maior probabilidade de reagir de forma automática ou por impulso, razão pela qual são provavelmente menos criativas que as outras pessoas na superação dos obstáculos a seus objetivos. Estes problemas podem estar evidentes inclusive na fala e na escrita daqueles portadores do transtorno, pois são menos capazes de reunir rapidamente suas idéias em uma explicação mais organizada e coerente de seus pensamentos. Por isso, são menos capazes de reunir suas ações ou idéias em uma cadeia de respostas que efetivamente realizem

o objetivo que devem atingir, seja ele de natureza verbal ou comportamental.

5. *Maior variabilidade que o normal no desempenho de sua tarefa ou trabalho.* É típico das pessoas com TDAH, em especial aqueles com subtipos associados a comportamento impulsivo, exibir com o tempo uma variabilidade substancial no desempenho de seu trabalho. Tais oscilações amplas podem ser encontradas na qualidade, quantidade e até mesmo na velocidade de seu trabalho. Além do mais, fracassam na manutenção de um padrão de produtividade e acurácia relativamente uniforme em seu trabalho seja de um momento para o outro e seja de um dia para o outro. Essa variabilidade é freqüentemente confusa para outras pessoas que a testemunham, pois é claro que, às vezes, uma pessoa com TDAH pode realizar seu trabalho rápida e corretamente. Na verdade, alguns pesquisadores enxergam este padrão de alta variabilidade em atividades relacionadas ao trabalho como sendo tanto um marco do transtorno quanto a inibição e a desatenção já descritas. Essa variabilidade no desempenho no trabalho pode ser em parte o resultado de problemas com motivação intrínseca no TDAH (ver item 3 citado), pois os indivíduos com esse transtorno são mais dependentes do nível de interesse, das recompensas ou de outras conseqüências na própria tarefa para determinar quanto tempo conseguirão manter o interesse na tarefa e trabalhar na atividade que estão desenvolvendo. Se a tarefa os atrai pouco e não tem conseqüências imediatas, eles não conseguirão sustentar seu esforço por muito tempo, e a qualidade de seu trabalho será muito variável. Se a tarefa for muito interessante ou se uma conseqüência imediata estiver associada a seu término, com freqüência conseguirão manter seu esforço por um tempo mais longo e com menos variabilidade.

OUTRAS CARACTERÍSTICAS

Várias outras características desenvolvimentais estão associadas ao TDAH:

1. *Início precoce das principais características.* Os sintomas do TDAH parecem surgir, em média, entre os 3 e 6 anos. Isso acontece particularmente para aqueles subtipos do TDAH associados a comportamento hiperativo e impulsivo. Outros podem não desenvolver seus sintomas até um pouco mais tarde na infância. Mas certamente a grande maioria daqueles portadores de TDAH apresenta alguns sintomas desde antes dos 13 anos. Aqueles portadores do transtorno, tipo predominantemente desatento, não-associado com a impulsividade, parecem desenvolver seus problemas de atenção um pouco mais tarde que os demais subtipos, com freqüência do meio para o final da infância. Por isso, acredita-se que o TDAH tenha início na infância, independentemente do subtipo, o que sugere que, se estes sintomas se desenvolverem pela

primeira vez na idade adulta e não estiverem associados a uma lesão cerebral óbvia, deve-se suspeitar de outros transtornos mentais em vez de TDAH.

2. *Variação situacional dos sintomas.* É provável que os principais sintomas do TDAH mudem de forma marcante em consequência da natureza da situação em que a pessoa está. A pesquisa sugere que os portadores desse transtorno comportam-se melhor em situações individuais, quando realizam tarefas que gostam ou acham interessantes, quando há uma recompensa imediata por se comportarem bem, quando são supervisionados, quando seu trabalho é realizado no início do dia, e não no fim, e – no caso das crianças – quando estão com seus pais em vez de com suas mães. Inversamente, aqueles com TDAH podem manifestar mais sintomas em ambientes de grupo, quando precisam desempenhar uma tarefa tediosa, quando trabalham sem supervisão, quando seu trabalho deve ser realizado mais para o final do dia, e – no caso das crianças também – quando estão com suas mães. Às vezes, ou em alguns casos, estes fatores situacionais podem afetar pouco o nível dos sintomas de TDAH da pessoa, mas têm sido observados com muita frequência na pesquisa, o que torna importante a observação de tais mudanças situacionais em seus sintomas.
3. *Curso relativamente crônico.* Os sintomas de TDAH são, com frequência, desenvolvimentalmente estáveis. Embora o nível absoluto de seus sintomas decline com a idade, o mesmo acontece com os níveis de desatenção, impulsividade e atividade dos indivíduos normais. Por isso, os portadores de TDAH podem estar melhorando em seu comportamento, mas nem sempre atingem seu grupo de pares neste aspecto. Isso parece deixá-los cronicamente atrás das pessoas de sua idade em sua capacidade de inibir o comportamento, de sustentar a atenção, de controlar a distratibilidade e de regular seu nível de atividade. Pesquisas sugerem que entre essas crianças clinicamente diagnosticadas com o transtorno na infância, 50 a 80% vão continuar a satisfazer os critérios para o diagnóstico na adolescência, enquanto 10 a 65% podem continuar a fazê-lo na idade adulta. Continuam ou não a apresentar síndrome plena na idade adulta, pelo menos 50 a 70% podem continuar a manifestar alguns sintomas que lhes estão causando alguma deficiência na idade adulta.

DESFECHO NA VIDA ADULTA

Estima-se que entre 15 e 50% dos indivíduos com TDAH definitivamente superam o transtorno. No entanto, esses dados originam-se de estudos de acompanhamento em que não foram usados os critérios de diagnóstico atuais e mais rigorosos para tal. Quando são empregados critérios mais apropriados e modernos, provavelmente apenas 20 a 35% das crianças portadoras do transtorno não têm mais nenhum sintoma resultante em deficiência em

sua idade adulta. No decorrer de suas vidas, uma minoria significativa daqueles portadores do transtorno experimenta um maior risco de desenvolver um comportamento desafiador e opositivo (> 50%), problemas de conduta e dificuldades anti-sociais (25 a 45%), deficiências de aprendizagem (25 a 40%), baixa auto-estima e depressão (25%). Aproximadamente 5 a 10% das pessoas com TDAH podem desenvolver transtornos mentais mais sérios, como o bipolar. Entre 10 e 20% podem desenvolver transtorno da personalidade anti-social na idade adulta, a maioria deles também apresentando problemas com abuso de substância. No total, cerca de 10 a 25% desenvolvem dificuldades com uso excessivo, dependência ou mesmo abuso de substâncias legais (por exemplo, álcool e fumo) ou ilegais (por exemplo, maconha, cocaína e uso ilícito de medicamentos que só podem ser vendidos com receita médica), risco este que aumenta entre adolescentes com transtorno de conduta ou delinquência. Apesar desses riscos, metade ou mais dos portadores de TDAH não desenvolve essas dificuldades ou transtornos associados. No entanto, a maioria deles certamente experimentou problemas com o desempenho na escola, com até 30 a 50% reprovados pelo menos uma vez, e 20 a 36% jamais concluindo o ensino médio.

Quando adultos, os indivíduos com TDAH provavelmente terão uma educação inferior em relação à capacidade intelectual e à formação educacional da sua família. É também provável que experimentem dificuldades em ajustar-se no emprego e podem ser subempregados em relação à inteligência e à formação educacional da sua família. Tendem a mudar de emprego com mais frequência do que as outras pessoas, às vezes por se sentirem entediados ou devido a problemas interpessoais no local de trabalho. Também tendem a ter uma maior rotatividade de amizades e relacionamentos amorosos, além de parecerem mais propensos à discórdia conjugal e, até mesmo, ao divórcio. Dificuldades com a velocidade quando estão dirigindo são relativamente comuns, e há mais multas de trânsito para pessoas com TDAH, inclusive em alguns casos de acidentes que envolvam mais veículos motorizados. Por isso, há uma maior probabilidade de terem suas carteiras de motorista suspensas ou cassadas.

SUBTIPOS

Desde 1980, é possível classificar os indivíduos com TDAH em vários subtipos, dependendo das combinações de sintomas que experimentam. Aqueles que apresentam dificuldades principalmente com comportamento impulsivo e hiperativo, e não com a atenção ou a concentração, são hoje referidos como portadores de TDAH do tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Os indivíduos com o padrão oposto, desatenção sem serem impulsivos ou hiperativos, por sua vez, são descritos como portadores de TDAH do tipo predominantemente desatento. Entretanto, a maior parte dos indivíduos portadores do transtorno vão manifestar estas duas características

clínicas, razão pela qual são referidos como portadores de TDAH do tipo combinado. Pesquisas sobre aqueles portadores do tipo combinado sugerem que eles têm probabilidade de desenvolver seus sintomas hiperativos e/ou impulsivos primeiro e, em geral, durante os anos da pré-escola. Nessa idade, então, podem ser diagnosticados como portando o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. No entanto, na maioria dos casos, eles finalmente progridem para desenvolver dificuldades com escopo da atenção, persistência e distratibilidade nos primeiros anos de escola, e são então diagnosticados como portadores do tipo combinado.

Há consideravelmente menos pesquisa sobre o TDAH do tipo predominantemente desatento, ou o que costumava ser referido como transtorno de déficit de atenção sem hiperatividade. O que a pesquisa existente sugere são algumas diferenças qualitativas entre os problemas de atenção experimentados por tais indivíduos e aqueles experimentados por indivíduos com outros tipos de TDAH, nos quais está presente o comportamento hiperativo e impulsivo. O TDAH do tipo predominantemente desatento parece estar associado a mais devaneios, passividade, preguiça, dificuldades com a concentração e com a atenção seletiva (filtrar as informações importantes daquelas não-importantes), processamento lento das informações, perturbação e confusão mental, reserva ou apreensão social, hipoatividade e recuperação inconsistente de informações da memória. É também consideravelmente menos provável que esteja associado com a impulsividade (por definição), assim como com o comportamento desafiador e opositivo, problemas de conduta ou delinquência. Se outras pesquisas continuarem a demonstrar tais diferenças, haverá uma boa razão para encarar este subtipo como realmente um transtorno separado e distinto do TDAH.

PREVALÊNCIA

O TDAH ocorre em aproximadamente 5 a 8% da população infantil e em aproximadamente 4 a 5% da adulta. Entre as crianças, a proporção de gênero é de cerca de 3:1, com os meninos com uma maior probabilidade de portar o transtorno que as meninas. Entre os adultos, a proporção de gênero cai de 2:1 ou menos. Foi descoberto que o transtorno existe em praticamente todas as regiões ou países onde tem sido investigado, incluindo América do Norte, América do Sul, Grã-Bretanha, Escandinávia, outros países europeus, Japão, China, Turquia e Oriente Médio. Em algumas destas regiões, o transtorno pode não ser referido como TDAH e não ser tratado da mesma maneira que na América do Norte, mas há pouca dúvida de que ele seja virtualmente universal entre as populações humanas. O transtorno tem maior probabilidade de ser encontrado em famílias nas quais outras pessoas são portadoras de TDAH, ou em que a depressão é mais comum. Existe também maior probabilidade de ocorrer naqueles sujeitos com problemas de conduta e delinquência, transtorno de tique ou

síndrome de Tourette, deficiências de aprendizagem, ou naqueles com uma história de exposição pré-natal ao álcool ou ao tabaco, parto prematuro ou peso extremamente baixo ao nascer ou, ainda, trauma importante nas regiões frontais do cérebro.

ETIOLOGIAS

O TDAH tem contribuições biológicas muito fortes para sua ocorrência. Embora ainda não tenham sido identificadas suas causas precisas, há pouca dúvida de que a hereditariedade/genética tem a maior contribuição para a expressão do transtorno na população. O fator da hereditariedade no TDAH corresponde a cerca de 80%, significando que os fatores genéticos respondem por 80% das diferenças entre os indivíduos neste conjunto de traços comportamentais. Para comparação, considere que este dado compete com aquele do papel da genética na altura humana. Os pesquisadores identificaram vários genes associados com o transtorno, e sem dúvida identificarão mais, visto que este transtorno representa um conjunto de traços comportamentais complexos e, por isto, é improvável que um gene único seja responsável por ele. Em casos nos quais a hereditariedade não parece ser um fator, comprovou-se que dificuldades durante a gravidez, exposição pré-natal ao álcool e ao tabaco, parto prematuro e peso extremamente baixo ao nascer, além de níveis corporais de chumbo excessivamente altos, assim como dano pós-natal às regiões pré-frontais do cérebro, contribuem em graus variados para o TDAH. Pesquisas não corroboram a visão popular de que este transtorno deriva de ingestão excessiva de açúcar, aditivos alimentares, assistir à televisão em excesso ou manejo deficiente da criança por parte dos pais. Alguns fármacos usados para tratar transtornos convulsivos em crianças podem ter efeitos colaterais que aumentam os sintomas de TDAH nas mesmas, mas tais efeitos são reversíveis.

TRATAMENTO

Não foi encontrado nenhum tratamento que cure este transtorno, mas há muitos tratamentos que podem efetivamente ajudar o seu manejo. O principal entre os tratamentos é a educação da família e dos professores da escola sobre a natureza do TDAH e seu manejo, no caso de crianças com o transtorno, e a educação e o aconselhamento de adultos com TDAH e dos membros de sua família. Mas entre os tratamentos que resultam no maior grau de melhora nos sintomas do transtorno, pesquisas ratificam o uso de medicações estimulantes (metilfenidato, anfetaminas) e não-estimulantes (atomoxetina). As evidências também mostram que os antidepressivos tricíclicos (particularmente a desipramina) podem igualmente ser efetivos

no manejo de sintomas do transtorno, assim como dos sintomas coexistentes de transtorno do humor ou ansiedade. Entretanto, tais antidepressivos não parecem ser tão efetivos quanto os estimulantes e os não-estimulantes (atomoxetina). As evidências de pesquisas são confusas em relação ao benefício específico ou não da clonidina para o manejo dos sintomas, a parte seus bem-conhecidos efeitos de sedação. Uma pequena porcentagem de indivíduos portadores de TDAH pode requerer combinações dessas medicações, ou de outras, para o manejo do seu transtorno, freqüentemente devido à coexistência de outros transtornos mentais com seu transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.

Os tratamentos psicológicos, como a modificação do comportamento na sala de aula e o treinamento dos pais nos métodos de manejo do comportamento da criança, têm mostrado benefícios a curto prazo nesses ambientes. No entanto, as melhoras que eles provocam são com freqüência limitadas àqueles locais em que o tratamento está ocorrendo e não se generalizam para outros ambientes que não estão incluídos no programa de manejo. Além disso, estudos recentes sugerem, como com relação às medicações discutidas, por exemplo, que os resultados alcançados durante o tratamento podem não durar se o tratamento for encerrado. Por isso, parece que os tratamentos para o TDAH devem ser com freqüência combinados e mantidos durante longos períodos para sustentar seus efeitos iniciais. Neste aspecto, o TDAH deve ser encarado como qualquer outra condição médica crônica que requer tratamento contínuo para seu manejo eficiente, mas cujos tratamentos não livram o indivíduo do transtorno. Algumas crianças portadoras de TDAH podem beneficiar-se do treinamento individualizado de habilidades sociais, contanto que ele seja incorporado ao seu programa escolar. Crianças com este transtorno não são elegíveis para serviços educacionais especiais nas escolas públicas, tanto no Ato dos Indivíduos Portadores de Deficiências na Educação (Individuals with Disabilities in Education Act – IDEA; Public Law 101-476) quanto na Seção 504 do Ato de Reabilitação de 1973 (Public Law 93-112).

Adultos com TDAH também são elegíveis para acomodações em seus locais de trabalho ou ambientes educacionais no Ato dos Americanos Portadores de Deficiências, contanto que a gravidade de seu transtorno seja tal que produza deficiências em uma ou mais das principais áreas de funcionamento da vida, e que eles revelem seu transtorno para seu empregador ou instituição educacional. Os adultos portadores do transtorno podem também requerer aconselhamento sobre sua condição; avaliação vocacional e aconselhamento para encontrar um ambiente de trabalho mais adequado, manejo do tempo e assistência organizacional, além de outras sugestões para enfrentar seu transtorno. As medicações anteriormente citadas que são úteis para crianças com TDAH mostraram-se recentemente também efetivas no manejo do transtorno em adultos.

Os tratamentos com pouca ou nenhuma evidência de eficácia incluem o manejo da dieta, tais como retirada do açúcar, altas doses de vitaminas,

minerais, microelementos ou outros tipos populares de alimentos saudáveis, psicoterapia ou psicanálise a longo prazo, *biofeedback*, ludoterapia, tratamento quiroprático ou treinamento de integração sensorial, apesar da difundida popularidade de algumas destas abordagens de tratamento.

O tratamento do TDAH requer uma abrangente avaliação comportamental, psicológica, educacional e, às vezes, médica, seguida da educação do indivíduo ou dos familiares quanto à natureza do transtorno e aos métodos que, comprovadamente, auxiliam em seu manejo. O tratamento deve ser multidisciplinar, requerendo a assistência de profissionais de saúde mental, educadores e médicos em vários momentos de seu curso. O tratamento deve ser proporcionado durante longos períodos para ajudar a pessoa com TDAH no manejo contínuo do seu transtorno. Assim, muitos portadores poderão ter uma vida satisfatória, razoavelmente ajustados e produtivos.

Formulários para serem usados com crianças e adolescentes

Instruções para os formulários para crianças e adolescentes

Os formulários que se seguem de abordagem [intake] clínica e entrevistas destinam-se ao uso conjunto com o capítulo sobre entrevista com pais de crianças e adolescentes com TDAH do livro de Barkley, *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (Artmed, 2008).

FORMULÁRIOS DE ABORDAGEM CLÍNICA

Os três formulários de abordagem clínica (Instruções Gerais para Preencher os Questionários, as Informações da Criança e da Família e a História Desenvolvimental e Médica) podem ser enviados aos pais para serem completados e devolvidos antes da avaliação da criança. É possível também que queira enviar aos pais, neste mesmo pacote de materiais, a Escala de Avaliação do Comportamento Disruptivo (*Disruptive Behavior Rating Scale* – DBRS) e o Questionário de Situações Domésticas (*Home Situations Questionnaire* – HSQ). Aconselhamos enfaticamente que também inclua, no pacote, uma escala de avaliação ampla que abranja as principais dimensões da psicopatologia da criança, tais como o *checklist* do Comportamento Infantil (*Child Behavior Checklist* – Achenbach, 2001), Sistema de Avaliação Comportamental para Crianças-2 (*Behavioral Assessment System for Children-2* – Reynolds e Kamphaus, 2004) ou o Questionário para os Pais de Connors (*Connors Parent Questionnaire* – Connors, 1997). Também pode desejar incluir o folheto aqui apresentado sobre Como se Preparar para a Avaliação do Seu Filho. É claro que isto supõe que as informações aqui proporcionadas aos pais sobre a natureza da avaliação correspondem à maneira como você conduz essas avaliações. Há também uma versão para a escola da DBRS e o Questionário de Situações na Escola (*School*

Situations Questionnaire – SSQ), que podem ser enviados aos professores para serem completados e devolvidos antes do encontro com a criança. Mais uma vez, encorajamos enfaticamente a inclusão, neste pacote, de uma escala de avaliação abrangente como aquelas anteriormente citadas.

ENTREVISTA CLÍNICA – FORMULÁRIO DE RELATO DOS PAIS

O formulário de entrevista dos pais contém perguntas relacionadas à razão para o encaminhamento da criança, história desenvolvimental, médica, social e educacional, além dos sintomas da maior parte dos transtornos mentais da infância, que, provavelmente, serão observados na avaliação das crianças e dos adolescentes com este transtorno. Tais listas de sintomas e critérios diagnósticos foram extraídos da quarta edição revisada do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), aqui adaptados com permissão da Associação Psiquiátrica Americana. Esta entrevista pode ser usada tanto para propósitos clínicos quanto de pesquisa na entrevista de pais de crianças ou adolescentes avaliados para TDAH.

PONTUANDO O *CHECKLIST* DE TRIAGEM DE BARKLEY PARA TDAH

O *Checklist* de Triagem de Barkley para TDAH (*Barkley Screening Checklist – BSCA*) foi desenvolvida para proporcionar aos profissionais um instrumento de triagem rápida visando determinar a probabilidade de uma criança ou adulto poder qualificar-se para um diagnóstico de TDAH em uma avaliação posterior mais completa. É apenas um instrumento de triagem. Se houver sintomas importantes (ver adiante), é indicada uma avaliação mais completa de saúde mental. Individualmente, a BSCA nunca constitui uma base para um diagnóstico de TDAH.

Os itens foram em grande parte adaptados das listas de sintomas contidas no DSM-IV-TR, com algumas modificações e adições. Esses itens foram escolhidos com base em pesquisas publicadas que mostram se eles têm as cargas mais elevadas no fator (lista de sintomas) da desatenção ou no fator hiperativo-impulsivo. Entretanto, os três últimos itens foram adicionados para ajudar a identificar uma forma diferente de desatenção, conhecida como “tempo cognitivo lento”. O estudo mostra que ele compreende um déficit separado e distinto na atenção daquele mais tipicamente observado no TDAH. Os últimos problemas são encontrados em pelo menos 30% ou mais das crianças qualificadas para um diagnóstico do DSM de TDAH do tipo predominantemente desatento. Tais indivíduos parecem ter um subtipo separado em termos qualitativos e, possivelmente, um novo transtorno da desatenção distinto do TDAH.

Os itens da BSCA também foram selecionados por terem um poder preditivo positivo relativamente alto (uma chance de 70 a 88% de que o transtorno esteja presente se qualquer sintoma for endossado) e um poder preditivo negativo alto (uma chance de 60 a 85% de que o transtorno não esteja presente se o sintoma não for endossado). Os sintomas variam um pouco entre os três grupos de idade, refletindo o importante declínio na hiperatividade motora grosseira que, sabidamente, ocorre com a idade, bem como o aumento dos problemas com a organização, a memória de trabalho e o manejo do tempo quando a pessoa aproxima-se do estágio adulto do transtorno (Barkley e Fischer, 2003; Frick et al., 1994; Murphy e Barkley, 1996a, 1996b; Pillow et al., 1998; Waldman e Lilenfeld, 1991).

Recomendamos que os itens de sintomas da BSCA sejam utilizados da seguinte maneira:

- se apenas *um* item for endossado como presente em qualquer lista para essa faixa etária, considere a probabilidade de um diagnóstico de TDAH ser **improvável** em uma avaliação posterior;
- se *dois* itens forem endossados, considere que um diagnóstico é apenas **possível**;
- se *três* itens forem endossados, considere o diagnóstico **plausível**;
- se *quatro* itens estiverem presentes, o transtorno é **provável** de ser diagnosticado;
- Se *cinco* itens forem endossados, considere o diagnóstico **extremamente provável**.

Em todos os casos em que o transtorno é plausível ou mais provável de ser diagnosticado (três ou mais itens endossados), os sintomas devem estar presentes durante pelo menos seis meses. Eles também devem interferir com o funcionamento em pelo menos duas ou mais áreas de maior atividade na vida. Quando o número de itens endossados indica que um diagnóstico de TDAH é plausível, provável ou extremamente provável, uma avaliação mais completa de saúde mental deve ser conduzida por um profissional bem-treinado.

PONTUANDO AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

A DBRS contém os sintomas para TDAH, Transtorno Desafiador Opositivo (TDO) e Transtorno da Conduta (TC; apenas formulário dos pais) como aparecem no DSM-IV-TR. O formulário desta escala para o professor não inclui os itens para TC, pois os professores provavelmente têm bem menos informações que os pais sobre tais atividades.

Os itens ímpares (1, 3, 5, 7, 9, 11 ...) são da lista dos sintomas de desatenção para o TDAH; os itens pares (2, 4, 6, 8 ...) são da lista de sintomas hiperativos-impulsivos para o TDAH. Os itens 19-26 são da lista de sintomas para TDO. No formulário dos pais, os 15 itens remanescentes Sim-Não

são a lista dos sintomas para TC. Para pontuar os itens do TDAH, some os pontos dos itens ímpares para os itens dos sintomas de desatenção (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) separadamente. Faça o mesmo para os itens pares dos sintomas hiperativos-impulsivos (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18). Depois consulte os pontos de corte abaixo para estes itens do TDAH. Para pontuar os itens do TDO (19-26), simplesmente conte o número de itens respondidos com 2 (freqüentemente) ou 3 (muito freqüentemente). Se o número for 4 ou mais, isto corresponde ou excede ao sintoma recomendado para o limiar de corte para TDO no DSM-IV-TR. Não há normas disponíveis para esta lista de sintomas. Para pontuar os itens para TC, simplesmente conte o número de itens respondidos com Sim. Se três ou mais destes tiverem sido respondidos com Sim, isto corresponde ao limiar dos sintomas para TC estabelecido no DSM-IV-TR. Também não há normas disponíveis para estes itens, mas nenhuma é realmente necessária, pois a ocorrência de apenas algumas destas atividades em uma criança pode ser desenvolvimentalmente desviante.

A versão da DBRS para a escola é pontuada da mesma maneira, exceto que nenhum item do TC está nesta versão da escala.

As normas para os itens do TDAH nesta escala foram recentemente reunidas por George DuPaul e sua equipe. Um manual contendo uma escala-IV para avaliação de TDAH separada, juntamente com uma apresentação completa dessas normas e das propriedades psicométricas da escala por Dr. DuPaul e colaboradores (1998), está disponível.

Para pontuar os itens do TDAH na DBRS aqui apresentada, o clínico deverá acrescentar o *total de pontos* marcado para todos os itens (incluindo as respostas de 0 e de 1) em separado nas listas de sintomas de Desatenção e de sintomas hiperativos-impulsivos. O percentual de 93% foi tipicamente construído refletindo significância clínica, e assim, com permissão dos autores da escala, apresentamos na tabela que acompanha os limiares do percentual de 93 destas pontuações para cada uma das listas exibidas em separado por fonte do relato, idade e sexo da criança.

Pontos de corte clínico para os itens de TDAH

Faixas etárias (em anos)	Meninos		Meninas	
	Desatenção	Hiper.-Imp.	Desatenção	Hiper.-Imp.
Avaliações dos pais				
5-7	15	17	12	13
8-10	15	15	12	9
11-13	18,5	16	12,8	9
Avaliações do professor				
5-7	22	22	21	21
8-10	25	25	21	16,7
11-13	24	18	19	14,8

PONTUANDO OS QUESTIONÁRIOS PARA SITUAÇÕES DOMÉSTICAS E ESCOLARES

O QSD e o QSE avaliam o caráter invasivo e a severidade dos problemas de comportamento das crianças em muitas situações em casa e na escola. No QSD, os pais avaliam os problemas comportamentais de seu filho em 16 situações domésticas e públicas diferentes. No QSE, os professores relatam os problemas que as crianças podem apresentar em 12 situações distintas na escola. As duas escalas são pontuadas da mesma maneira para produzir duas pontuações diferentes. A primeira é o número de ambientes problemáticos, calculado simplesmente por meio da contagem do número de itens respondidos com Sim. A segunda é a gravidade média, calculada pela soma dos números marcados ao lado dos itens e depois divididos pelo número de respostas Sim. Mais uma vez, o uso do percentil de 93 (+ 1,5 desvios padrão acima da média) como uma indicação de significância clínica, as pontuações deste limiar ou acima dele seriam significantes. As normas para estas escalas de avaliação estão nas tabelas a seguir.

Normas para o questionário das situações domésticas

Faixas etárias (em anos)	N	Nº de ambientes problemáticos			Gravidade média		
		Média	DP	+ 1,5 DP	Média	DP	+ 1,5 DP
Meninos							
4-5	162	3,1	2,8	7,3	1,7	1,4	3,8
6-8	205	4,1	3,3	9,1	2,0	1,4	4,1
9-11	138	3,6	3,3	8,6	1,9	1,5	4,2
Meninas							
4-5	146	2,2	2,6	6,1	1,3	1,4	3,4
6-8	202	3,4	3,5	8,7	1,6	1,5	3,9
9-11	142	2,7	3,2	7,5	1,4	1,4	3,5

Nota. N, tamanho da amostra nesta idade para este gênero; DP, desvio padrão; +1,5 DP, pontuação no limiar de 1,5 desvios-padrão acima da média (aproximadamente percentil de 93). Extraído de Breen e Altepeter (1991). Copyright 1991 da Plenum Publishing Corp., reproduzida com permissão dos autores e da editora.

Normas para o questionário das situações na escola

Faixas etárias (em anos)	N	Nº de ambientes problemáticos			Gravidade média		
		Média	DP	+ 1,5 DP	Média	DP	+ 1,5 DP
Meninos							
6-8	170	2,4	3,3	7,4	1,5	2,0	4,5
9-11	123	2,8	3,2	7,6	1,9	2,1	5,1
Meninas							
6-8	180	1,0	2,0	4,0	0,8	1,5	3,1
9-11	126	1,3	2,1	4,5	0,8	1,2	2,6

Nota. N, tamanho da amostra nesta idade para este gênero; DP, desvio padrão; +1,5 DP, pontuação no limiar de 1,5 desvios-padrão acima da média (aproximadamente percentil de 93). Extraído de Breen e Altepeter (1991). Copyright 1991 da Plenum Publishing Corp. Reproduzida com permissão dos autores e da editora.

CHEKLIST DAS QUESTÕES PARA PAIS E ADOLESCENTES*

Esta escala foi desenvolvida por Arthur Robin e Sharon Foster, ambos Ph.Ds, para avaliar a intensidade dos conflitos dos adolescentes com seus pais. As informações são muito úteis na moldagem de um programa de terapia familiar para as necessidades de uma determinada família e na monitoração da eficácia da terapia. As instruções de pontuação e as normas estão apresentadas na página 25.

As pontuações desviantes estão consideradas como 1,5 a 2 desvios padrão acima da média. No entanto, mesmo que as pontuações não sejam desviantes, os pais e os adolescentes podem estar suficientemente preocupados com determinados problemas e conflitos em sua comunicação para requerer algum tipo de intervenção.

Para uma abordagem do tratamento, recomendamos o programa de tratamento de Robin e Foster para os conflitos entre pais e adolescentes intitulado “treinamento da comunicação para a resolução de problemas”. Pode ser obtido em seu livro *Negotiating parent-adolescent conflict* (Robin e Foster, 1989) e, mais recentemente, no manual clínico *Defiant teens* (Barkley, Edwards e Robin, 1999). O livro de Marion Forgatch e Gerald Patterson (1989), *Parents and adolescents living together*, é similar e também excelente.

Descrição

O *Checklist* dos Problemas (CP) avalia os auto-relatos de disputas específicas entre pais e adolescentes (Prinz et al., 1983). Consiste de uma lista de 44 problemas que podem conduzir a desacordos entre pais e adolescentes, assim como tarefas domésticas, hora de chegar em casa, hora de dormir, amigos e lição de casa. Os pais e os adolescentes completam versões idênticas do CP. Os adolescentes de famílias com pai e mãe completam-no separadamente para disputas com suas mães e pais.

Para cada tópico, o respondente indica se o problema aconteceu nas últimas duas semanas. Para cada tópico relatado como discutido, o respondente avalia a intensidade real das discussões em uma escala de 5 pontos que varia de calma a zangada, além de estimar a frequência com que a questão vem à tona. O CP produz três pontuações para cada respondente: (1) a quantidade de problemas (o número total de problemas checados como ocorridos), (2) a intensidade de raiva suscitada pelos problemas (uma média das avaliações de intensidade da raiva para todas as questões tra-

*Adaptada do *Dictionary of behavioral assessment* (p. 278-279), M. Hersen e A.S. Bellack, Eds., New York: Pergamon Press, 1988. Copyright 1988 da Pergamon Press, com permissão da editora.

tadas) e (3) a média ponderada da frequência e do nível de intensidade da raiva dos problemas (uma pontuação obtida pela multiplicação de cada estimativa da frequência por sua associada intensidade, somando-se estes produtos cruzados e depois dividindo o total de todas as estimativas de frequência). A média ponderada oferece uma estimativa da raiva *por discussão*, enquanto a pontuação da intensidade reflete a raiva média *por problema*, independentemente da frequência com que a questão foi discutida.

Propósito

O CP destina-se a proporcionar informações científicas com relação à frequência e ao conteúdo das disputas entre pais e adolescentes e o nível percebido de intensidade da raiva destas disputas. Cobre uma ampla série de possíveis disputas aplicáveis a adolescentes de 12 a 16 anos de idade e seus pais.

Desenvolvimento

O CP foi construído revendo-se um instrumento similar desenvolvido por Robin, com questões selecionadas baseadas na literatura sobre relacionamentos entre pais e adolescentes e experiência clínica. Não foi realizado nenhum teste-piloto antes dos estudos formais de validação.

Características psicométricas

A confiabilidade, a validade discriminante/relacionada ao critério e a sensibilidade ao tratamento do CP têm sido examinadas em várias investigações. Estimativas de confiabilidade teste-reteste foram computadas em dois estudos. Usando dados de pequenas amostras coletados a intervalos de seis a oito semanas de grupos de lista de espera de dois estudos de desfecho (Foster, Prinz e O'Leary, 1983; Robin, 1981), a confiabilidade do adolescente variou de 0,49 a 0,87 para a quantidade dos problemas; 0,37 a 0,49 para a pontuação de intensidade da raiva e 0,15 a 0,24 para a frequência ponderada pela pontuação da intensidade. A confiabilidade dos pais foi mais alta, em média 0,65 e 0,55 para a quantidade de problemas para a mãe e o pai, 0,81 e 0,66 para as pontuações de intensidade da raiva para a mãe e o pai, e 0,90 e 0,40 para a frequência ponderada pelas pontuações de intensidade da raiva para a mãe e o pai. Usando 33 famílias não-clínicas avaliadas a intervalos de uma a duas semanas, Enyart (1984) encontrou confiabilidades um pouco mais elevadas, em particular para os adolescentes (variação = 0,49-0,80).

A confiabilidade de concordância entre as mães e os adolescentes, avaliada examinando-se se os pais e os adolescentes concordavam que um problema

havia ou não sido discutido, foi em média 68% (variação = 38 a 86%). Quando a congruência das respostas da mãe e do adolescente foi examinada via as correlações, os resultados variaram de 0,10 a 0,64 (média $r = 0,28$). Tais resultados podem levantar questões sobre a acurácia do CP como uma medida das discussões reais em casa ou da recordação de uma ou das duas pessoas.

A validade discriminante/relacionada ao critério do CP foi estudada contrastando-se as respostas de pais e adolescentes angustiados (encaminhados para tratamento de problemas de relacionamento familiar) com as respostas de pais e adolescentes não-angustiados (sem história de tratamento e auto-relatos de relacionamentos satisfatórios). Dados agregados de três estudos de avaliação e dois estudos de tratamento com adolescentes de 10 a 18 anos, homens e mulheres, revelou que todas as pontuações do CP discriminaram entre os grupos, com os efeitos mais pronunciados nas pontuações de intensidade de raiva materna (responsável por 48% da variância no *status* angustiado/não-angustiado) e na quantidade de pontuações de problemas paternos (36% da variância) (Roben e Foster, 1984). Os esforços dos adolescentes foram muito mais fracos, explicando entre 3 a 19% da variância (média = 12%). Em todas as pontuações, os membros angustiados das famílias relataram disputas significativamente mais raivosas do que os membros das famílias não-angustiados.

Quando o CP foi usado como uma medida pré e pós da mudança, os estudos de resultado do tratamento, tanto de um programa de treinamento da comunicação para a resolução de problemas quanto de uma terapia familiar não-comportamental heterogênea, revelaram importantes diminuições na intensidade da raiva e na frequência ponderada nas pontuações de intensidade da raiva após intervenção (Foster et al., 1983; Robin, 1981). Melhoras similares no CP relacionadas ao tratamento foram também documentadas em estudos realizados por Barkley e colaboradores concentrando-se em adolescentes com TDAH e seus pais (Barkley et al., 1992; Barkley et al., 2001; Edwards et al., 2001).

Uso clínico

O clínico pode usar o CP para apontar fontes de conflito, e o levantamento com tópicos é percebido como provocando as maiores quantidades de raiva. Estes tópicos ordinariamente são selecionados pelos membros da família como sendo seus problemas mais importantes e com frequência justificam uma avaliação adicional por meio de entrevistas e/ou coleta de dados domésticos. As avaliações das questões do CP também podem ajudar o terapeuta a seqüenciar um tratamento orientado para a habilidade para que as primeiras sessões de intervenção se concentrem em conflitos menos intensos e para que as sessões posteriores lidem com problemas mais intensos. A observação de discrepâncias entre os CPs do pai/mãe e do adolescente e questioná-los sobre elas posteriormente pode também propor-

cionar valiosas informações sobre percepções diferenciais dentro do sistema familiar. Estão também disponíveis normas preliminares extraídas de famílias angustiadas e não-angustiadas (Robin e Foster, 1984). Como o CP foi validado em famílias com adolescentes que experimentavam transtornos de comportamento externalizados (transtorno do déficit de atenção, TC, etc.), desconhecem-se suas propriedades psicométricas com famílias nas quais os adolescentes apresentam outros problemas. Por isto, deve ser interpretado com cautela com essas populações.

Direções futuras

A questão não-respondida mais importante com relação ao CP é a extensão em que os relatos de disputas específicas correspondem às disputas reais. A baixa confiabilidade sugere que o CP pode não ser uma medida acurada das interações reais, ou que o CP é acurado, mas tais interações podem mudar significativamente no decorrer do tempo. São necessários estudos correlacionais comparando pontuações de CP retrospectivas com relatórios diários e observações diretas de disputas familiares. Além disso, seria desejável uma amostra normativa mais ampla incluindo famílias angustiadas com problemas variados.

Instruções de pontuação

Esta é uma medida da frequência e da intensidade da raiva de disputas específicas entre pais e adolescentes. Três pontuações são computadas como está indicado a seguir, e os resultados podem ser comparados a dados normativos para se fazer inferências sobre o nível de disputas específicas para uma dada família.

1. *Quantidade de problemas.* Soma do número de problemas respondidos com Sim.
2. *Nível de intensidade da raiva dos problemas.* Para problemas respondidos com Sim, some as avaliações de intensidade e divida pelo número de problemas respondidos com Sim para obter uma pontuação média da intensidade da raiva.
3. *Frequência ponderada pelo nível de intensidade da raiva dos problemas.*
 - a) Multiplique cada frequência por sua pontuação associada de intensidade da raiva.
 - b) Some os produtos de cada frequência de tempos de intensidade.
 - c) Some as frequências.
 - d) Divida a soma dos produtos pela soma das frequências.

O CP foi usado em um estudo relativamente grande de adolescentes com TDAH e TDO realizado por Edward e colaboradores (2001), cujos resultados estão expostos na tabela a seguir. O estudo concluiu que tanto as mães

quanto os pais de adolescentes com TDAH/TDO relataram números maiores de conflitos e maior intensidade de raiva naqueles conflitos com seus adolescentes do que aqueles relatados pelos pais do grupo-controle. É interessante notar que os adolescentes com TDAH/TDO não relataram ter mais conflitos com seus pais do que os adolescentes-controle, mas relataram sentir mais raiva durante seus conflitos. Os resultados (médias e desvios padrão) oferecem alguma idéia da variação de pontuações que pode ser esperada para os adolescentes com TDAH encaminhados pela clínica, e especialmente para aqueles com TDAH e TDO. Observe que as médias para o grupo com TDAH/TDO estão no mínimo um desvio padrão acima das médias para o grupo-controle. Para o grupo-controle, proporcionamos as pontuações que eram aproximadamente o percentil 90, para dar aos clínicos alguma orientação sobre quais poderiam ser as pontuações clinicamente desviantes (pontuações em ou acima do percentil 90 para este grupo-controle).

Normas para o *checklist* dos problemas

	Angustiadados			Não-angustiadados			t	r_{pbs}^a
	n	x	DP	n	x	DP		
Quantidade materna	124	22,55	7,35	68	17,83	7,07	3,62**	0,25
Intensidade da raiva materna	124	2,42	0,46	68	1,70	0,45	11,43**	0,64
Intensidade x freqüência da raiva materna	124	2,29	2,15	68	0,83	1,08	5,21**	0,35
Quantidade adolescente-mãe	96	20,68	7,59	68	18,46	7,25	1,88*	0,15
Intensidade da raiva adolescente-mãe	96	2,34	0,63	68	1,77	0,49	6,20**	0,44
Intensidade x freqüência da raiva adolescente-mãe	96	1,93	1,81	68	0,84	0,86	4,60**	0,40
Quantidade paterna	60	18,38	5,05	38	11,64	4,63	6,61**	0,60
Intensidade da raiva paterna	60	2,18	0,60	38	1,82	0,57	2,93*	0,29
Intensidade x freqüência da raiva paterna	60	2,39	0,64	38	1,94	0,59	3,46**	0,33
Quantidade adolescente-pai	38	13,60	5,54	14	10,71	4,65	1,71*	0,24
Intensidade da raiva adolescente-pai	38	2,40	0,76	14	1,75	0,64	2,80*	0,37
Intensidade x freqüência da raiva adolescente-pai	38	2,72	0,95	14	1,88	0,69	2,97*	0,39

Nota. Extraída com autorização de A.L. Robin e S.L. Foster (1989). Copyright 1989 de The Guilford Press.

^a r_{pbs} correlação ponto-bisserial entre a pontuação particular e o membro do grupo (angustiado vs. não-angustiado).

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

Avaliações do *checklist* de problemas para adolescentes com TDAH/TDO e adolescentes do grupo-controle

Medidas	Controles				TDAH/TDO			F	p/
	Média	DP	//	90%	Média	DP	//		
Avaliações da mãe									
CP: # de problemas	15,8	6,8	32	24,0	22,1	7,4	83	17,46	<0,001
CP: Intensidade da raiva*	1,6	0,6	30	2,4	2,3	0,6	83	21,54	<0,001
Avaliações do pai									
CP: # de problemas	14,5	6,8	22	24,0	19,9	7,8	69	8,36	<0,005
CP: Intensidade da raiva	1,4	0,4	22	2,0	2,0	0,6	69	16,37	<0,001
Adolescente sobre a mãe									
CP: # de problemas	12,1	6,4	32	20,0	13,9	5,7	84	2,08	NS
CP: Intensidade da raiva	1,5	0,6	32	2,3	2,2	0,7	84	22,64	<0,001
Adolescente sobre o pai									
CP: # de problemas	9,0	6,3	24	18,0	12,5	6,3	75	5,50	NS
CP: Intensidade da raiva	1,2	0,6	24	2,2	2,2	0,9	75	23,56	<0,001

Nota. DP, desvio padrão; F, resultados do teste-F; p, valor de probabilidade para o teste-F se significativo ($p < 0,01$); NS, não-significante. * indica que o QI serviu como co-variante na análise desta medida. Adaptada com autorização de Edwards e colaboradores, 2001. Copyright 2001 de Kluwer Academic Publishers.

CARTÕES PARA RELATÓRIO DIÁRIO DO COMPORTAMENTO NA ESCOLA

As crianças e os adolescentes portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com frequência têm problemas consideráveis de comportamento no ambiente escolar. Para ajudar os pais a melhorar o comportamento de seus filhos na escola, criei três formulários diferentes dos Cartões para Relatório Diário do Comportamento na Escola aqui incluídos, juntamente com instruções para os pais sobre como empregá-los.

RECOMENDAÇÕES PARA PAIS E PROFESSORES

Compilam as recomendações mais comuns para o manejo do comportamento para pais e professores em dois folhetos que você pode achar útil compartilhar com seus pacientes. Um deles intitula-se Dezoito Grandes Idéias para Lidar com Crianças ou Adolescentes com TDAH e pode ser entregue a pais ou professores. O segundo é chamado de Ótimas Acomodações em Classe para Crianças ou Adolescentes com TDAH, designado especificamente ao pessoal da escola.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. Publicado pela Artmed em 2003.
- Achenbach, T.M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 2001 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Brakley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 926-941.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Robin, A.R. (1999). *Defiant teens: A clinican's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., Guevremont, D.G., Anastopoulos, A.D. & Fletcher, K.F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- Breen, M.J. & Altepeter, T.S. (1991). Factor structure of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 50-67.
- Conners, C.K. (1997). *The New Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D. & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.
- Edwards, F., Barkley, R., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflicts and parent and teen psychological adjustment in teenagers with ADHD and ODD: The role of maternal depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Enyart, P. (1984). *Behavioral correlates of self-reported parent-adolescent relationship satisfaction*. Tese de doutoramento inédita. West Virginia University, Morgantown.
- Forgatch, M. & Patterson, G. (1989). *Parents and adolescents living together*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Foster, S.L., Prinz, R.J. & O'Leary, K.D. (1983). Impact of problem-solving communication training and generalization procedures on family conflict. *Child and Family Behavior Therapy*, 5, 1-23.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Applegate, B., Kerdyck, L., Ollendick, T., Hynd, G.W., et al. (1994). DSM-IV field trials for the disruptive behavior disorders: Symptom utility estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 529-539.
- Murphy, K.R. & Barkley, R.A. (1996a). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Comorbidity and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Murphy, K.R. & Barkley, R.A. (1996b). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.
- Pillow, D.R., Pelham, W.E., Jr., Hoza, B., Molina, B.S.G. & Stultz, C.H. (1998). Confirmatory factor analyses examining attention deficit hyperactivity disorder symptoms and other childhood disruptive behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 293-309.
- Prinz, R.J., Foster, S.L., Kent, R.N. & O'Leary, K.D. (1983). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 691-700.

Reynolds, C. & Kamphaus, R. (2004). *Behavioral Assessment System for Children-2*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Robin, A.L. (1981). A controlled evaluation of problem-solving communication training with parent-adolescent conflict. *Behavior Therapy*, 12, 593-609.

Robin, A.L., & Foster, S.L. (1984). Problem solving communication training: A behavioral-family systems approach to parent-adolescent conflict. In P. Karoly & J.J. Steffen (Eds.), *Adolescent behavior disorders: Foundations and contemporary concerns* (pp. 195-240). Lexington, MA: Heath.

Robin, A.L. & Foster, S.L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. New York: Guilford Press.

Waldman, I.D. & Lilienfeld, S.O. (1991). Diagnostic efficiency of symptoms for oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 732-738.

Instruções gerais para completar os questionários*

Como parte da sua solicitação para uma avaliação de seu filho em nossa clínica, pedimos-lhe que complete os formulários inclusos sobre seu filho e sua família. Suas respostas irão nos proporcionar um entendimento muito melhor do comportamento do seu filho em casa e nas situações familiares. Ao completar estes formulários, por favor siga o máximo possível as instruções a seguir:

1. *Todos* os formulários deste pacote devem ser completados pelo pai/mãe que é o principal responsável pelo cuidado da criança. Quando o pai e a mãe residem com a criança, os formulários devem ser completados por aquele que passa maior quantidade de tempo com a criança.
2. Se o outro pai/mãe deseja completar um segundo pacote de informações sobre esta criança, pode fazê-lo independentemente, solicitando um segundo conjunto dos formulários. Pode telefonar para o nosso assistente administrativo, _____ no número _____, e o pacote lhe será enviado imediatamente.
3. Se seu filho já está tomando medicação para ajudá-lo com o manejo do seu comportamento (como Ritalina, por exemplo) ou para alguma dificuldade emocional (como um antidepressivo), devemos pedir-lhe que complete os questionários sobre seu filho baseado em *como ele/ela se comporta quando está SEM a medicação*. É muito provável que você ocasionalmente observe o comportamento de seu filho em período em que está sem a medicação, e queremos que use tais períodos de tempo para responder a estas questões sobre o comportamento. Assim, poderemos ter uma idéia mais clara da verdadeira natureza das dificuldades de seu filho sem as alterações produzidas por quaisquer tratamentos com medicação que possam estar sendo usados. No entanto, alguns pais cujos filhos usam medicação há muito tempo podem não conseguir nos dar esta informação. No caso, apenas complete os questionários com base no comportamento do seu filho, mas assinale o espaço em branco na terceira linha abaixo para que saibamos que embasou seus julgamentos no comportamento do seu filho quando estava sob efeito de medicação. Marque um dos espaços em branco a seguir para sabermos com certeza em que você julgou o comportamento de seu filho ao responder a nossos questionários de comportamento:

_____ Meu filho atualmente *não* toma nenhuma medicação para problemas de comportamento. Minhas respostas baseiam-se no comportamento do meu filho enquanto está sem medicação.

_____ Meu filho *está atualmente tomando medicação* para problemas de comportamento. No entanto, minhas respostas são baseadas no comportamento do meu filho quando está SEM esta medicação.

_____ Meu filho *está atualmente tomando medicação* para problemas de comportamento. Minhas respostas são baseadas no comportamento do meu filho enquanto ele está COM esta medicação.

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

Por favor, relacione qualquer medicação que seu filho esteja atualmente tomando para dificuldades comportamentais ou emocionais:

Obrigado por completar estes formulários e devolvê-los o mais breve possível no envelope incluso.

POR FAVOR, DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO JUNTAMENTE COM OS QUESTIONÁRIOS COMPLETADOS.

Informações da criança e da família*

Nome da criança _____ Data de nascimento _____ Idade _____

Endereço _____
 (rua) (cidade) (Estado) (CEP)

Tel. residencial () _____ Tel. comercial () _____ Pai/Mãe
 (assinale um)

Escola da criança _____ Nome da professora _____

Endereço da escola _____
 (rua) (cidade) (Estado) (CEP)

Telefone da escola () _____ Série que a criança frequenta _____

A criança está em educação especial? Sim Não Se está, de que tipo? _____

Nome do pai _____ Idade _____ Educação _____
 (anos)

Local de trabalho do pai _____

Tipo de emprego _____ Salário mensal _____

Nome da mãe _____ Idade _____ Educação _____
 (anos)

Local de trabalho da mãe _____

Tipo de emprego _____ Salário mensal _____

A criança é adotada? Sim Não Se é, com que idade foi adotada? _____

Os pais são casados? Sim Não Separados? Sim Não Divorciados? Sim Não

Médico da criança _____

Endereço do médico _____
 (rua) (cidade) (Estado) (CEP)

Telefone do médico () _____

Por favor, relacione todas as outras crianças da família.

Nome	Idade	Série na escola
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

História desenvolvimental e médica*

Gravidez e parto

- A. Duração da gravidez (por exemplo, a termo, 40 semanas, 32 semanas, etc.) _____
- B. Duração do parto (número de horas do início das dores do parto até o nascimento) _____
- C. Idade da mãe (quando a criança nasceu) _____
- D. Peso da criança ao nascer _____
- E. Ocorreu alguma das seguintes condições durante a gravidez/parto? _____

1. Sangramento	Não	Sim
2. Ganho de peso excessivo (mais de 15 quilos)	Não	Sim
3. Toxemia/pré-eclâmpsia	Não	Sim
4. Incompatibilidade de fator Rh	Não	Sim
5. Náuseas ou vômitos freqüentes	Não	Sim
6. Enfermidade ou lesão séria	Não	Sim
7. Tomou medicações controladas	Não	Sim
a. Se tomou, nome da medicação _____		
8. Usou drogas ilegais	Não	Sim
9. Usou bebidas alcoólicas	Não	Sim
a) Se usou, quantidade aproximada de álcool por semana _____		
10. Fumou cigarros	Não	Sim
a) Se fumou, número aproximado de cigarros por dia _____		
11. Recebeu medicação para diminuir as dores do parto?	Não	Sim
a) Se recebeu, nome da medicação _____		
12. O parto foi induzido	Não	Sim
13. Foram usados fórceps durante o parto	Não	Sim

(continua)

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

14. Teve um parto com apresentação pélvica	Não	Sim
15. Teve um parto cesariana	Não	Sim
16. Outros problemas – por favor, descreva	Não	Sim

F. Alguma das condições seguintes afetou seu filho durante o parto ou nos primeiros dias após o nascimento?

1. Lesão durante o parto	Não	Sim
2. Sofrimento cardiopulmonar durante o parto	Não	Sim
3. Parto com circular de cordão	Não	Sim
4. Teve problemas respiratórios após o parto	Não	Sim
5. Precisou de oxigênio	Não	Sim
6. Ficou cianótico, azulado	Não	Sim
7. Ficou icterico, amarelado	Não	Sim
8. Teve uma infecção	Não	Sim
9. Teve convulsões	Não	Sim
10. Recebeu medicações	Não	Sim
11. Nasceu com um defeito congênito	Não	Sim
12. Ficou mais de sete dias hospitalizado	Não	Sim

Saúde e temperamento do bebê

A. Durante os 12 primeiros meses, seu filho:

1. Foi difícil de amamentar	Não	Sim
2. Teve dificuldade para de dormir	Não	Sim
3. Teve cólicas	Não	Sim
4. Foi difícil estabelecer-lhe horários?	Não	Sim
5. Foi alerta	Não	Sim
6. Foi alegre	Não	Sim
7. Foi afetivo	Não	Sim

(continua)

8. Foi sociável	Não	Sim
9. Foi fácil de confortar	Não	Sim
10. Foi difícil de manter ocupado	Não	Sim
11. Foi superativo, movimentando-se constantemente	Não	Sim
12. Foi muito teimoso, desafiador	Não	Sim

Marcos desenvolvimentais iniciais

A. Em que idade seu filho primeiro realizou as seguintes atividades:

1. Sentou-se sem ajuda
2. Engatinhou
3. Andou sozinho, sem ajuda
4. Proferiu palavras isoladas (p. ex., “mamã”, “papá” etc.)
5. Juntou duas ou mais palavras (p. ex., “nenê dodói”)
6. Treinou o intestino, de dia e à noite
7. Treinou a bexiga, de dia e à noite

História da saúde

A. Data do último exame físico da criança: _____

B. Quando seu filho teve os seguintes problemas:

1. Asma	Nunca	Passado	Presente
2. Alergias	Nunca	Passado	Presente
3. Diabetes, artrite ou outra doença crônica	Nunca	Passado	Presente
4. Epilepsia ou ataques convulsivos	Nunca	Passado	Presente
5. Convulsões febris	Nunca	Passado	Presente
6. Varíola ou outras doenças infantis	Nunca	Passado	Presente
7. Problemas cardíacos ou de pressão arterial	Nunca	Passado	Presente
8. Febres altas (mais de 41º C)	Nunca	Passado	Presente
9. Ossos fraturados	Nunca	Passado	Presente

(continua)

10. Cortes graves requerendo pontos	Nunca	Passado	Presente
11. Lesão na cabeça com perda de consciência	Nunca	Passado	Presente
12. Envenenamento por chumbo	Nunca	Passado	Presente
13. Cirurgia	Nunca	Passado	Presente
14. Hospitalização prolongada	Nunca	Passado	Presente
15. Problemas de fala ou de linguagem	Nunca	Passado	Presente
16. Infecções crônicas no ouvido	Nunca	Passado	Presente
17. Dificuldades de audição	Nunca	Passado	Presente
18. Problemas no olho ou na visão	Nunca	Passado	Presente
19. Problemas motores finos/de escrita à mão	Nunca	Passado	Presente
20. Dificuldades motoras grosseiras/ movimentos desajeitados	Nunca	Passado	Presente
21. Problemas de apetite (comer demais ou de menos)	Nunca	Passado	Presente
22. Problemas de sono (para dormir, para permanecer dormindo)	Nunca	Passado	Presente
23. Problemas de ficar sujo de fezes	Nunca	Passado	Presente
24. Problemas de ficar molhado de urina	Nunca	Passado	Presente
25. Outras dificuldades de saúde – por favor, descreva:			

Como se preparar para a avaliação de seu filho*

Levar seu filho a um profissional de saúde mental para uma avaliação é uma decisão séria para qualquer pai/mãe. Muitos não sabem o que esperar de uma avaliação desse tipo e o que podem fazer para estarem bem-preparados para ela. Por isto, estamos enviando-lhe este panfleto. Ele vai lhe dar alguma idéia de como se preparar para a avaliação de seu filho para que o tempo que você passar com o profissional possa ser usado da maneira mais proveitosa possível.

PREPARANDO-SE

Ao decidir buscar nossa ajuda profissional, considere quais são suas preocupações no momento. Tipicamente, estas preocupações refletem problemas com o ajustamento comportamental, emocional, familiar, escolar ou social de seu filho. Enquanto espera pela data da entrevista, reserve um tempo para se sentar com uma folha de papel e compor uma lista de respostas às perguntas que se seguem nas áreas que mais o preocupam. Isto pode ajudar a esclarecer seus pensamentos sobre as dificuldades do seu filho. Pode também fazer com que a avaliação ocorra de modo mais tranquilo e rápido, talvez até economizando tempo (e dinheiro) no processo. Eis aqui as áreas a serem consideradas:

1. O que mais o preocupa atualmente sobre seu filho? Não precisa fazer uma longa explanação; apenas liste as áreas mais problemáticas. Isso ajuda a identificar antes de tudo se há principalmente problemas em casa, na escola, no bairro ou comunidade, ou com outras crianças, ou em todas essas áreas. Use estas áreas como cabeçalhos na sua lista. Para auxiliar um profissional a ajudá-lo, é importante que você entre em detalhes. O que exatamente o preocupa em seu filho nestas áreas? Sob o título de Problemas Domésticos, coloque aqueles problemas comportamentais que acha inadequados para a idade de seu filho. Ou seja, tais problemas parecem ocorrer com mais freqüência ou em um grau que esteja além do que você acredita ser típico de crianças normais desta idade. Mesmo que não julgue que eles são desviantes para a idade de seu filho, se estiver preocupado com eles, escreva-os, mas indique o fato próximo a esse item. Agora faça o mesmo para os Problemas Escolares e para o restante dos títulos dos problemas (bairro,

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

outras crianças e outras áreas problemáticas). Guarde esta lista e leve-a com você à entrevista com o profissional.

2. Agora, no verso dessa folha de papel, ou em uma outra folha se essa estiver preenchida, escreva estes títulos principais e liste qualquer coisa em que seu filho enfrente dificuldades que possa indicar um problema nestas áreas: saúde (problemas médicos crônicos ou recorrentes), inteligência ou desenvolvimento mental, desenvolvimento motor e coordenação, problemas com os sentidos (tais como visão, audição, etc.), capacidades de aprendizagem acadêmica (como leitura, matemática, etc.), ansiedade ou medos, depressão, agressão aos outros, hiperatividade, atenção deficiente e comportamento anti-social (como mentir, roubar, iniciar incêndios, fugir de casa, etc.). Você já pode ter listado alguns destes no item 1, mas pode ajudar reorganizá-los nestas novas categorias para a avaliação profissional de seu filho.
3. Alguns pais podem ter preocupações que fiquem constrangidos de levantar com profissionais. Estes com frequência envolvem problemas familiares que os pais acreditam poder estar contribuindo para os problemas comportamentais ou emocionais do filho, mas que são relutantes em divulgar para outras pessoas. Problemas como alcoolismo ou abuso de substância de um dos pais, problemas conjugais que criam conflitos frequentes entre o casal e podem derivar em maus tratos à criança, assim como suspeita de abuso sexual da criança são apenas algumas das muitas áreas que os pais podem hesitar divulgar para um profissional estranho a eles. Mas os pais devem entender que estas são questões extremamente importantes para um profissional de saúde mental entender e considerar na tentativa de diagnosticar e tratar as crianças. Se esta informação for sonegada, haverá uma maior possibilidade de erros no diagnóstico, na formulação de questões importantes no caso e no planejamento do tratamento, porque o profissional está sendo intencionalmente mantido desinformado sobre questões que têm uma importância direta para um entendimento completo do caso.
4. Se possível, fale com o professor de seu filho e escreva o que mais os preocupa no ajustamento escolar de seu filho. Mais uma vez, guarde esta lista para levá-la à entrevista profissional.
5. Agora pegue mais papel e faça uma lista de quaisquer problemas que julgue estar ocorrendo em sua família, além daqueles de seu filho. Se ajudar, use as seguintes categorias: problemas *pessoais* (coisas que você acha que o estão perturbando sobre você mesmo), problemas *conjugais*, problemas de *dinheiro*, problemas com *parentes*, problemas relacionados a seu *trabalho* ou àquele de seu esposo, problemas com *outras crianças* da família e problemas de *saúde* que você ou seu marido possam ter. Leve esta lista com você à entrevista.

Essas listas são semelhantes às áreas mais prováveis de serem cobertas na entrevista que o profissional vai fazer com você. Mantenha as listas à mão em sua casa e acrescente-lhe itens à medida que for pensando neles en-

quanto aguarda a entrevista. Estas listas devem ajudar a concentrar mais rapidamente a avaliação nas áreas que mais o preocupam sobre seu filho e sua família. Elas também provavelmente irão ajudar a acelerar a avaliação e manter as coisas à vista. Fazer estas listas provavelmente o ajudará a esclarecer suas idéias sobre sua atual situação e sobre os problemas de seu filho. Finalmente, as listas vão ajudar a maximizar a utilidade da avaliação para você e seu filho. Isso pode resultar em o profissional ter um maior respeito e apreciação por você, um paciente que chegou bem preparado para a avaliação.

A AVALIAÇÃO

A entrevista clínica com você, o pai/mãe (e em menor extensão com seu filho), é provavelmente o componente mais importante de uma avaliação profissional abrangente de uma criança. Outros elementos importantes são seus questionários de comportamento completados sobre seu filho, uma entrevista com o professor e questionários de comportamento similares sobre a criança completados pelo professor dela.

De que informações necessitaremos sobre você para realizar a avaliação?

Muitas! Antes de os profissionais poderem identificar ou diagnosticar uma criança como tendo problemas comportamentais, emocionais ou de aprendizagem, eles precisam reunir muitas informações sobre a criança e a família, analisar cuidadosamente estas informações em busca da presença de algum transtorno psicológico, determinar o quão sério os problemas podem ser, excluir ou incluir outros transtornos ou problemas que a criança possa ter e considerar que recursos estão disponíveis em sua área para lidar com tais problemas. Se seu filho também necessita de testes educacionais ou psicológicos para a detecção de algum problema de aprendizagem ou desenvolvimental que ele/ela pode ter além dos problemas de comportamento, isso será discutido com você no dia da sua entrevista, e você será encaminhado a outro psicólogo ou especialista em educação para esta avaliação adicional. Você pode esperar que a avaliação dure em média de duas horas e meia a quatro horas.

O que mais é necessário para completar a avaliação?

Muitas vezes nossos profissionais necessitam de informações de outras pessoas que conhecem seu filho, além das que você nos fornece. Você pode ser solicitado a (1) dar sua permissão para o profissional conseguir os relatórios de avaliações anteriores que seu filho possa ter; (2) permitir que o profissional entre em contato com o médico que trata de seu filho para

informações adicionais sobre sua condição de saúde e tratamento medicamentoso, se for o caso; (3) fornecer os resultados da avaliação educacional mais recente da escola de seu filho; (4) iniciar uma destas avaliações escolares, se nenhuma ainda tiver sido feita e se uma de suas preocupações é o ajustamento escolar de seu filho; (5) completar o pacote de questionários de comportamento sobre seu filho que lhe deve ter sido enviado pelo correio; (6) devolver esses formulários antes da data da entrevista; (7) dar sua permissão para que o professor de seu filho complete questionários de comportamento similares, que lhe serão enviados, e (8) dar sua permissão para o profissional obter qualquer informação das agências de serviço social que já possam estar envolvidas na prestação de serviços para seu filho.

Raramente há qualquer razão para você negar aos profissionais sua permissão para obter as informações necessárias de outras pessoas ou para você se recusar a instituir os procedimentos que lhe são solicitados. No entanto, em raras ocasiões, você pode desejar uma segunda opinião imparcial sobre os problemas de seu filho. Isso pode acontecer se você já teve uma avaliação da escola ou de outro profissional com o qual discorda totalmente. Nesses casos, pode querer nos dizer para não obter os registros do outro profissional ou de qualquer avaliação da escola. Se for fazer isso, por favor explique por que está negando sua permissão para a liberação dessas fontes específicas de informação, para que se tenha uma visão mais clara das questões envolvidas em sua solicitação para esta nova avaliação conosco. No entanto, na maioria dos casos, você não deve negar a nossos profissionais o acesso às informações que podem ser fornecidas pelos professores de seu filho, ainda que discorde deles. Impedir que os profissionais falem com os professores de seu filho diminui muito a possibilidade de eles entenderem seu filho. Isso os impede de obter informações do segundo cuidador mais importante na situação atual de seu filho. Se você discorda do que um professor possa dizer, explique aos profissionais antes que eles contatem com a escola, a fim de que possam manter em mente esta discordância enquanto falam com o professor.

O que acontece no dia da entrevista?

Várias coisas. Você vai ser entrevistado durante uma ou duas horas sobre seu filho, e ele muito provavelmente também será entrevistado. A entrevista com você é a mais importante. Provavelmente você será também solicitado a completar alguns questionários de comportamento, caso não lhe tenha sido enviado nenhum antes da entrevista. Seu filho também poderá ser testado se houver questões a serem respondidas sobre sua inteligência, linguagem e habilidades acadêmicas ou outras capacidades mentais (como memória, habilidades motoras, etc.).

A entrevista com o pai/mãe

A entrevista com você, pai ou mãe, é uma parte indispensável da avaliação de seu filho. É pouco provável que outro adulto tenha a riqueza de conhecimento sobre a criança, sobre a história das interações com ela ou simplesmente sobre o tempo passado com ela. Sempre que possível, pai e mãe devem comparecer juntos à entrevista, pois cada um tem uma perspectiva própria sobre os problemas da criança. Se o trabalho – ou outras razões – impede o pai ou a mãe de comparecer, quem for deve conversar com o parceiro na véspera da avaliação e escrever as preocupações e opiniões desse pai ou mãe sobre a criança e levá-la para a avaliação. Em geral, nesta primeira avaliação, não é necessária a presença de irmãos e irmãs. Em alguns casos, o profissional pode solicitar que eles compareçam a uma segunda reunião se achar necessário obter a visão dos irmãos de determinados conflitos ou problemas familiares que eles estão tendo com a criança sob avaliação.

A entrevista com você tem vários propósitos. Em primeiro lugar, estabelece um importante relacionamento com o profissional e mesmo entre a criança e o especialista, o que será útil e o deixará à vontade durante o resto da avaliação. Em segundo lugar, a entrevista proporciona uma fonte importante de informações valiosas sobre seu filho e a família. Em particular, dá ao profissional sua visão dos aparentes problemas de seu filho e estreita o foco de estágios posteriores da avaliação. Esta é sua oportunidade para abrir suas preocupações com seu filho com alguém especializado. Não seja tímido, reservado ou inacessível. Quanto mais informações puder dar ao profissional, melhor a apreciação que ele pode ter dos problemas de seu filho e mais preciso será o diagnóstico. Use as listas que você elaborou enquanto espera a data da entrevista, para não se esquecer de nada que queira discutir. Em terceiro lugar, a entrevista pode, com frequência, revelar quanta angústia os problemas da criança estão causando-lhe e à sua família. Também dá ao profissional alguma percepção do seu próprio bem-estar como pai ou mãe. Em quarto lugar, a entrevista pode começar a revelar informações importantes sobre seu relacionamento com seu filho que podem ser importantes para apontar alguns fatores que contribuem potencialmente para o problema dele. Mas dois dos mais importantes propósitos desta avaliação são determinar um diagnóstico do problema(s) de seu filho e dar-lhe recomendações de tratamento aceitáveis.

É provável que o profissional faça anotações durante a conversa com você. Ele também anotará suas próprias observações sobre você e como seu filho está portando-se enquanto os dois estão na clínica. Embora as anotações das observações sobre você e seu filho possam ser úteis para suscitar algumas idéias sobre os problemas de seu filho que poderão ser posteriormente discutidas com você, elas não serão explicitamente enfatizadas por nossos profissionais. O comportamento no consultório, em particular o de seu filho, com frequência não é muito útil em nos informar como ele provavel-

mente se comporta em casa ou na escola. Em geral, a pesquisa com crianças com problemas de comportamento tem mostrado que muitas podem comportar-se normalmente durante a avaliação. Esse comportamento normal não será interpretado como um indicador de que seu filho não tem problemas. No entanto, se ele exibe muito comportamento desatento, hiperativo ou desafiante durante a avaliação, isto pode ser mais informativo, pois tal comportamento é incomum em crianças normais e poderia indicar que seu filho estaria com problemas similares na escola.

Alguns profissionais gostam de ter a criança presente durante a entrevista com você. Em parte, isto lhes dá alguma idéia de como você e seu filho se relacionam um com o outro. O que é ótimo, contanto que seu filho não fique perturbado pela natureza das perguntas e com suas respostas sobre ele. Alguns pais não se sentem confortáveis com esta situação, pois não querem falar sobre os problemas da criança na frente dela (pelo menos, não ainda). Se você acha que a presença de seu filho durante a entrevista o deixaria inibido e menos franco sobre suas opiniões e preocupações, simplesmente comunique aos profissionais seus sentimentos sobre a questão quando se reunir com eles no dia da avaliação. Não deverá ser um problema lidar com as coisas do seu jeito.

Informações sobre seu filho

A entrevista provavelmente será iniciada com uma explicação dos procedimentos a serem realizados como parte desta avaliação e o tempo que se espera que ela leve. Se isso ainda não foi discutido, o custo estimado da avaliação e a maneira como os honorários devem ser tratados (por exemplo, seguro-saúde, pagamento particular, etc.) deverá ser tratado com você. Os profissionais podem dizer-lhe neste momento que embora a maior parte do que você diga seja confidencial (eles não podem dizer a mais ninguém sobre o que você falou sem sua permissão), as leis podem impor limites sobre este privilégio. Estes limites dizem respeito a relatos de negligência ou abuso infantil. Se você mencionar essas informações ao profissional, ele é obrigado por lei a relatar esta informação ao Estado, em geral ao Departamento de Serviço Social. O clínico vai lhe falar sobre esses limites no dia de sua avaliação.

A entrevista provavelmente prosseguirá para uma discussão de suas preocupações sobre seu filho. Você provavelmente será solicitado a dar alguns exemplos específicos do comportamento de seu filho que ilustre por que está preocupado com isso. Por exemplo, se você diz que está preocupado porque seu filho é muito impulsivo, podem lhe ser solicitados alguns exemplos do comportamento impulsivo de seu filho. Isto não é feito para desafiar sua opinião, mas para ajudar o entrevistador a ver como você chegou a essa opinião. Dê o máximo de informações que puder quando inquirido. Também pode lhe ser perguntado como está atualmente tentando lidar

com os problemas de comportamento de seu filho e se seu esposo ou esposa está usando uma abordagem diferente. É comum as crianças com problemas de comportamento serem um pouco mais bem comportadas com seus pais do que com suas mães. Tudo bem descrever tais diferenças, pois elas não significam que você ou seu esposo estejam fazendo nada errado ou estejam causando problemas para seu filho.

Você será questionado sobre quando percebeu pela primeira vez os problemas de seu filho e há quanto tempo cada uma das principais áreas-problema está ocorrendo. Tente ser o mais específico que sua memória permitir. Mais uma vez, fazer algumas anotações sobre isto antes da entrevista poderá ajudá-lo a se lembrar melhor desta informação quando lhe for solicitada. Isto naturalmente conduz a perguntas sobre os tipos de ajuda profissional anterior que você pode ter obtido e se é possível para o entrevistador entrar em contato com estes outros profissionais para mais detalhes sobre seu filho e sua família. Nossos profissionais gostam de perguntar aos pais o que eles acreditam que levou seu filho a desenvolver estes problemas. Se você tem uma opinião sobre o que causou os problemas de seu filho, tudo bem dizê-lo, mas não tema dizer simplesmente que não sabe. O profissional está apenas procurando ver se você consegue proporcionar-lhe algum entendimento adicional sobre a causa das dificuldades de seu filho. Lembre-se de que nós, como profissionais, não sabemos as causas exatas de todos os problemas de comportamento das crianças, embora tenhamos muitas informações que nos podem ser úteis para reduzir tais possibilidades. Às vezes, é simplesmente impossível dizer com certeza por que algumas crianças comportam-se desta ou daquela maneira. Não sinta que deveria ter uma explicação melhor para o comportamento de seu filho.

Se você completou os formulários de avaliação de comportamento antes da entrevista e já os devolveu, o profissional pode querer rever algumas de suas respostas com você agora, especialmente aquelas que podem não estar muito claras para ele. Se o profissional não examinar algumas de suas respostas com você, *você* pode querer perguntar ao *profissional* se ele tem alguma pergunta a fazer sobre suas respostas nesses formulários. Você pode também ser inquirido sobre algumas respostas nos formulários que foram enviados ao professor de seu filho. Se você está curioso, pode pedir para ver as respostas do professor a estes formulários. Você tem o direito de ver o que o professor disse. Peça ao profissional para explicar qualquer coisa nesses formulários e em suas respostas que esteja confuso para você.

O profissional também vai conversar com você sobre quaisquer problemas que seu filho tenha em vários domínios desenvolvimentais diferentes. Em geral, nós inquirimos os pais sobre o desenvolvimento de seus filhos até agora em sua saúde física, habilidades sensoriais e motoras, linguagem, pensamento, intelecto, realizações acadêmicas, habilidades de auto-ajuda, como se vestir e tomar banho, comportamento social, problemas emocionais e relacionamentos familiares. Você provavelmente será questionado sobre coisas similares. Muitos profissionais também examinarão com você

vários problemas de comportamento ou sintomas de outros problemas psiquiátricos para ver se seu filho também pode estar tendo estas dificuldades. Simplesmente seja sincero e indique se estes outros sintomas estão ou não presentes e em que intensidade.

Como os profissionais estão tentando avaliar os problemas de seu filho, é provável que passem a maior parte ou todo tempo com você tentando identificar suas áreas de preocupação com seu filho. Isto é ótimo. Mas os especialistas também querem inquirir-lo sobre quaisquer potencialidades de seu filho em qualquer das áreas discutidas ou em determinados passatempos, esportes ou matérias escolares. Se o profissional não lhe perguntar, você deve mencionar alguns para lhe proporcionar um quadro mais completo e equilibrado de seu filho. Também gostamos de aproveitar a oportunidade para perguntar aos pais sobre possíveis interesses especiais, privilégios e recompensas que seu filho desfruta. Podemos caracteristicamente usar esta informação mais tarde se tivermos de estabelecer um programa de recompensa para seu filho como parte do nosso treinamento de manejo do comportamento com os pais.

Em algum ponto da entrevista, o profissional pode examinar com você a história desenvolvimental e médica de seu filho. Embora você já tenha completado um formulário sobre isto antes do contato, podemos querer examinar suas respostas junto com você como parte da entrevista.

É essencial que o profissional discuta com você a história escolar de seu filho. Muitas crianças encaminhadas a nós têm dificuldades para se ajustar às demandas da escola. É provável que lhe seja perguntado sobre a idade em que seu filho ingressou na pré-escola, a escola que frequentou e como foi seu progresso nesta e nas séries e escolas subsequentes. Provavelmente lhe será perguntado a respeito dos tipos de avaliações e colocações educacionais especiais a que seu filho foi submetido, se isso ocorreu, e se foi avaliado por uma equipe na escola. Em caso negativo, você pode ser solicitado a iniciar uma no caso de seu filho ter problemas na escola que o tornem elegível para algum serviço educacional especial formal. Também será questionado sobre que preocupações específicas o professor levantou sobre o desempenho escolar dele, tanto agora quanto no passado. Não deixe de informar se seu filho repetiu algum ano ou se foi suspenso ou expulso. Também gostamos de saber dos pais sobre a natureza do relacionamento que eles têm atualmente com o corpo docente da escola em que seu filho está matriculado. Ele é amigável e suportivo ou repleto de conflitos? A comunicação tem sido aberta e razoavelmente clara ou limitada e hostil? Isto nos ajuda muito na preparação de contatos posteriores com o corpo docente da escola caso necessário. Se o profissional esquecer-se de lhe perguntar sobre isto, levante a questão para dar ao especialista um quadro mais claro de suas relações passadas com o corpo docente da escola.

Você pode ser solicitado a dar permissão por escrito ao profissional para entrar em contato com a escola de seu filho, caso não a tenha concedido anteriormente. Deve consentir isso na maioria das circunstâncias, pois é

muito difícil para um profissional avaliar de forma abrangente os problemas de seu filho sem ter acesso às informações da escola. Se não quiser que isto seja feito, não deixe de dar aos profissionais uma explicação clara sobre a razão de não querer este contato, para que eles não o julguem mal, considerando-o exageradamente hostil a eles ou à escola.

Informações sobre você e sua família

Os profissionais sabem que muitas famílias de crianças com problemas de comportamento estão sob mais estresse do que outras famílias e que os pais podem estar experimentando mais problemas pessoais do que a maioria daqueles cujos filhos não apresentam problemas de comportamento. Não se ofenda caso lhe sejam formuladas perguntas bastante pessoais. As informações sobre você e sua família podem ser de grande ajuda ao profissional para auxiliá-lo a entender melhor os problemas de seu filho e desenvolver para você recomendações de tratamento mais úteis. Pode também indicar ao entrevistador que você pode precisar de alguma ajuda adicional para seus próprios problemas ou para outros problemas da sua família. Provavelmente você será questionado quanto à sua própria origem, educação e ocupação, assim como aquelas de seu marido ou de sua esposa. O profissional pode perguntar se vocês tiveram algum transtorno psiquiátrico, de aprendizagem, desenvolvimental ou médico crônico. Também será tipicamente perguntado aos pais nessas avaliações se eles estão enfrentando problemas conjugais e qual pode ser a natureza dos mesmos. Todas essas perguntas pessoais fazem parte da rotina da entrevista e são importantes; por isso, responda-as da maneira mais honesta que puder.

Vamos perguntar-lhe sobre as outras crianças na família imediata e sobre quaisquer problemas psicológicos, educacionais, desenvolvimentais ou outros que os irmãos possam estar tendo.

Antes do término de sua entrevista, reserve um minuto para examinar as anotações que trouxe para ver se todas as preocupações foram tratadas com o profissional. Compartilhe com o especialista qualquer outra informação sobre suas anotações ou qualquer outra coisa que considere útil para entender melhor seu filho e sua família. Sua sinceridade e abertura serão respeitadas e apreciadas por nossa equipe.

A entrevista com a criança

Dependendo da idade e da inteligência de seu filho, será despendido algum tempo durante a avaliação pelo profissional que entrevista seu filho com observações informais sobre a aparência, o comportamento e as habilidades desenvolvimentais dele. Esta entrevista tem os mesmos propósitos da que for realizada com você. Entretanto, não deve enfatizar muito as informações que obtemos nesta entrevista. Como já foi mencionado, tais observações informais da conduta de seu filho durante a entrevista podem não

ser típicas do comportamento dele em casa ou na escola. Os profissionais não cometerão o erro de colocar muito peso nas observações de seu filho na clínica. Não se surpreenda de ver como seu filho comportou-se bem durante a avaliação, e não se preocupe com isto.

Provavelmente serão feitas várias perguntas gerais a seu filho, as quais provavelmente irão lidar com as seguintes áreas:

1. O que seu filho sabe sobre a razão de ele estar hoje visitando este entrevistador, e o que os pais disseram-lhe sobre a razão da visita?
2. Quais são os passatempos, programas de TV, esportes ou animais de estimação preferidos da criança?
3. Que escola a criança frequenta, quais são seus professores, que tipos de matérias ela aprende e de quais mais gosta? Se a criança tem um mau desempenho em uma matéria, que razão apresenta para explicar quaisquer dessas dificuldades?
4. A criança se vê como tendo algum problema de comportamento na sala de aula? A que tipos de disciplina a criança é submetida pelo professor para algum desses tipos de conduta inadequada?
5. Como a criança acha que é aceita pelos colegas na escola?
6. Quais são as percepções de seu filho sobre quaisquer dos problemas que você relatou ao profissional?
7. O que seu filho gostaria de ver mudado ou melhorado em casa ou na escola?
8. O profissional pode então perguntar a seu filho se ele se vê como tendo algum problema comportamental. Se sim, provavelmente, lhe será perguntado por que e o que acredita que causa este padrão de comportamento.

Nossos profissionais estão conscientes de que as crianças são famosas por sub-relatar suas dificuldades e provavelmente o farão nesta parte da entrevista. Por isso, o profissional não usará as respostas de seu filho para determinar se a criança realmente apresenta um transtorno comportamental, de aprendizagem ou emocional.

Alguns de nossos especialistas acham conveniente durante a entrevista, particularmente com crianças menores, deixá-las brincar, desenhar ou simplesmente andar pelo consultório. Outros podem pedir-lhes que completem uma série de sentenças incompletas, deixando as crianças completarem os espaços em branco com suas próprias respostas. Esta pode ser uma maneira menos direta de descobrir as percepções das crianças sobre si mesmas e sobre outros aspectos da sua vida.

A entrevista com o professor

Embora esta não seja necessariamente conduzida no mesmo dia, a entrevista com o professor é essencial na avaliação de seu filho. Além dos pais, poucos outros adultos terão passado mais tempo com seu filho que seus

professores, particularmente se ele está na escola fundamental. As opiniões dos professores sobre as crianças são fundamentais na avaliação de qualquer criança e na maioria dos casos serão buscadas por nossos profissionais. Em praticamente todas as circunstâncias, você deve consentir nesta troca de informações, pois ela é do maior interesse para a avaliação. A entrevista com o professor possivelmente será realizada por telefone.

Muito provavelmente os professores serão perguntados sobre os problemas acadêmicos e comportamentais atuais de seu filho. As relações com os colegas também podem ser cobertas durante esta discussão. É quase certo que será abordado o modo de agir de seu filho em várias situações escolares, especialmente quando há trabalho a ser realizado. Também gostamos de perguntar aos professores sobre situações que envolvem supervisão limitada ou nenhuma supervisão, como durante o recreio, o almoço ou as reuniões especiais, quando estão nos corredores ou nos banheiros, ou no ônibus. O profissional também deve descobrir o que os professores estão fazendo atualmente para lidar com os problemas da criança. O desempenho de seu filho em cada matéria deve ser brevemente discutido. O profissional pode perguntar se seu filho tem recebido uma avaliação de uma equipe multidisciplinar como parte dos direitos da criança sob as leis do Estado. Se a resposta for negativa, o profissional pode perguntar ao professor se deve ser iniciada uma avaliação deste tipo no caso de serem necessários recursos educacionais especiais para ajudar a criança.

RESUMO

As entrevistas com você e seu filho e o contato com os professores dele constituem uma parte indispensável de nossa avaliação da criança. Tais entrevistas proporcionam uma riqueza de informações úteis para se fazer um diagnóstico e planejar tratamentos para seu filho que simplesmente não poderiam ser conseguidos por nenhum outro meio. Por essas entrevistas, o profissional utilizará tempo suficiente para explorar os tópicos relevantes com cada pessoa para obter o quadro mais completo possível de seu filho quando necessário. Uma entrevista inicial de 20 minutos simplesmente não será o bastante! O tempo médio dedicado a uma entrevista é frequentemente de uma a duas horas, não incluindo nenhum teste psicológico da criança. Também será importante para o profissional obter do pai ou da mãe e do professor escalas de avaliação do comportamento de seu filho. Algumas crianças também precisarão ser submetidas a testes acadêmicos ou psicológicos para descartar outras deficiências desenvolvimentais ou de aprendizagem, mas estes não serão aplicados no mesmo dia da sua avaliação. Se forem necessários, você será informado pelo profissional que o entrevistou sobre a necessidade de realização do teste e onde ele poderá ser feito.

Esperamos que você tenha achado este documento útil para preparar-se para a avaliação de seu filho.

Entrevista clínica – Formulário para relatório dos pais*

Nome da criança _____ Informante _____

Relacionamento do informante com a criança (marque um) Mãe Pai Outro _____

Registro _____ Entrevistador _____ Data _____

Data de nascimento da criança _____ Idade/Anos _____ Meses _____

Fonte de encaminhamento _____ (p. ex., escola, médico, etc.)

A pessoa que encaminhou deseja uma cópia do relatório desta avaliação? Sim Não

Diagnóstico Clínico (a ser preenchido após o término da avaliação.)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Recomendações Clínicas (a serem listadas após o término da avaliação)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

REVELAÇÕES LEGAIS

Entrevistador: No início da entrevista, não deixe de examinar quaisquer revelações legais pertinentes a seu Estado, condado ou outra região geográfica. Por exemplo, em Massachusetts, advertimos os pais sobre as seguintes questões:

1. Qualquer revelação de informação que indique uma suspeita de abuso infantil deve ser relatada às autoridades do Estado (Departamento de Serviços Sociais).
2. Qualquer revelação de ameaças de dano a si próprio, como uma ameaça específica de suicídio, resultará em um encaminhamento imediato a uma unidade de emergência de saúde mental.
3. Qualquer revelação de ameaças específicas a sujeitos específicos resultará em notificação daqueles indivíduos com relação à ameaça.

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

4. Embora os registros de saúde mental sejam confidenciais, eles podem ser intimados pela ordem de um juiz e devem ser entregues ao tribunal se assim for ordenado.

Reserve um tempo agora para cobrir quaisquer destas questões com a família antes de prosseguir para o restante desta entrevista.

COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA

Esta criança é _____ Seu filho biológico _____ Adotado _____ Enteadado/a
Com quem a criança mora?

Pai e mãe _____ Apenas com a mãe _____ Apenas o pai _____

Nem com o pai nem com a mãe; a criança mora com _____ Avô/avó _____ Lar adotivo

Você tem a guarda legal desta criança? Sim Não

Entrevistador: Se não tem, determine se é ou não legalmente aconselhável ou permissível prosseguir com esta avaliação.

Reside algum outro adulto na casa? Sim Não Se vive, quem é? _____

Quantas crianças há na família? _____ Quantas ainda estão em casa? _____

PREOCUPAÇÕES DOS PAIS SOBRE A CRIANÇA – RAZÕES PARA A AVALIAÇÃO

O que mais o preocupa com relação a seu filho que o levou a solicitar esta avaliação?

Organize as respostas do pai ou da mãe sob títulos principais abaixo. Pergunte aos pais sobre (1) os detalhes específicos de cada preocupação, (2) quando ela começou, (3) com que frequência ocorre ou qual sua gravidade e (4) o que tentaram fazer até agora para lidar com isso.

Problemas de manejo do comportamento em casa:

Problemas de reação emocional em casa:

Atrasos desenvolvimentais: *(Se presentes, considere examinar com os pais os critérios de diagnóstico para retardo mental ou outros transtornos desenvolvimentais específicos, como transtornos de aprendizagem.)*

Problemas de manejo do comportamento na escola:

Problemas de desempenho no trabalho ou de aprendizagem na escola:

Problemas de reação emocional na escola:**Problemas de interação social com os colegas:****Comportamento na comunidade (fora de casa e da escola):****Outras preocupações:**

Por que decidiu realizar agora esta avaliação de seu filho?

Que tipo de assistência ou recomendações de tratamento espera receber desta avaliação?

Agora que comunicou quais foram as principais preocupações sobre seu filho que o trouxeram aqui hoje e o que você espera conseguir com a avaliação, preciso examinar vários tópicos diferentes com você sobre seu filho. Isto necessita ser feito para eu ter certeza de que obtive o quadro mais abrangente possível do ajustamento psicológico de seu filho. Vou lhe fazer perguntas sobre várias áreas desenvolvimentais importantes para qualquer criança. Você deve me dizer se percebeu alguma coisa incomum, anormal, atípica ou mesmo bizarra sobre o funcionamento de seu filho em alguma destas áreas. Vamos começar com:

Desenvolvimento sensorial (deficiências de visão, audição, tato ou olfato; reações anormais a estimulação sensorial; alucinações, etc.):

Desenvolvimento motor (coordenação, andar, equilíbrio, postura, movimentos, gestos, tiques, hábitos nervosos ou maneirismos, etc.):

Desenvolvimento da linguagem (atrasos, problemas de compreensão, dificuldades de fala):

Desenvolvimento emocional (reações excessivas, oscilações de humor, humores extremos ou imprevisíveis, emoções peculiares ou estranhas, medos ou ansiedades incomuns, etc.):

Pensamento (idéias estranhas, preocupações ou fixações bizarras, fantasias incomuns, falas em pensamentos incompletos ou incoerentes, delírios):

Comportamento social (agressivo, rejeitado, implica com outros, retraído, tímido, ansioso quando perto de outras pessoas, mudo quando está com outras pessoas, indiferente a outros ou demonstra ausência de desejo de ter amigos/companheiros, etc.):

Inteligência/habilidades acadêmicas (atrasos no desenvolvimento mental geral; problemas com a memória ou atrasos específicos em leitura, matemática, ortografia, escrita à mão ou em outras áreas de habilidades acadêmicas):

REVISÃO DOS TRANSTORNOS DA INFÂNCIA NO DSM-IV-TR

Agora preciso lhe fazer algumas perguntas específicas sobre vários problemas comportamentais, sociais ou emocionais com as quais às vezes as crianças têm dificuldades. Enquanto estiver lhe fazendo estas perguntas, tenha em mente que algumas destas coisas não são ruins ou anormais e podem ser observadas às vezes em crianças saudáveis, normais. Quero que me diga se seu filho faz algumas destas coisas em um grau que considere inapropriado para alguém da idade e sexo dele.

Entrevistador: Se esta criança for um membro de um grupo minoritário neste país ou acostumada a morar no estrangeiro, não deixe de acompanhar qualquer resposta do pai ou da mãe que endosse a presença de um sintoma com a seguinte pergunta: "Sim, mas você acha isto um problema ou algo inapropriado para uma criança de seu grupo étnico ou cultural?"

Transtorno desafiador de oposição

Entrevistador: O diagnóstico requer quatro ou mais sintomas. Os sintomas devem ser inapropriados para a idade da criança, existir há pelo menos seis meses e estar produzindo evidência clara de deficiência clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Vou lhe fazer algumas perguntas específicas sobre o comportamento de seu filho durante os últimos seis meses. Para cada um dos comportamentos sobre o qual eu lhe perguntar, por favor diga-me se seu filho exibe esse comportamento em um grau inapropriado, em comparação com outras crianças de sua idade.

A. Lista de Transtorno Desafiador de Oposição [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]

Durante os últimos seis meses, seu filho exibiu algum dos seguintes:

1. Perde o controle com frequência _____
2. Frequentemente discute com os adultos _____
3. Com frequência desafia ativamente ou se recusa a obedecer a solicitações ou regras estabelecidas pelos adultos _____
4. Com frequência irrita deliberadamente as pessoas _____
5. Frequentemente culpa os outros por seus próprios erros ou mau comportamento _____
6. Frequentemente fica melindrado ou facilmente irritado pelas outras pessoas _____
7. Fica frequentemente zangado ou ressentido _____
8. É frequentemente malvado ou vingativo _____

Nota: As perguntas do restante deste formulário são adaptadas dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR [American Psychiatric Association, 2000]. Copyright 2000 da American Psychiatric Association. Adaptação autorizada.

- B. Estes comportamentos manifestam-se há pelo menos seis meses? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*] _____
- C. Em que idade estes comportamentos começaram a causar problemas para seu filho? _____ (anos)
- D. Estes comportamentos têm criado problemas ou dificuldades para seu filho em algumas das seguintes áreas? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]
 Relações sociais com os outros _____ Desempenho acadêmico _____
- E. Critérios de exclusão: [*Entrevistador: Marque 1 se os sintomas ocorrerem apenas durante um transtorno psicótico ou transtorno do humor, ou se os critérios forem satisfeitos para transtorno de conduta. Caso contrário marque 0, ou ? se desconhecido.*] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 4 ou mais? _____
- A seção B totaliza 1? _____
- A seção D totaliza 1 ou mais? _____
- A seção E totaliza 0? _____

Verifique aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

TDO (313,81)

Transtorno de conduta

Entrevistador: O diagnóstico requer a presença de três ou mais sintomas nos últimos 12 meses e pelo menos um nos últimos seis meses; os sintomas atualmente devem estar causando danos ao funcionamento social ou acadêmico.

Agora quero lhe perguntar a respeito de outras coisas que seu filho possa ter feito. Com relação a estes comportamentos, peço que pense sobre os últimos 12 meses e me diga se algum deles ocorreu durante este período.

- A. Lista de Transtorno de Conduta [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]
1. Frequentemente implica, ameaça ou intimida os outros _____
 2. Frequentemente inicia brigas físicas _____
 3. Tem usado uma arma que pode causar dano físico sério a outros (por exemplo, um bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca ou revólver) _____
 4. Tem sido fisicamente cruel com pessoas _____
 5. Tem sido fisicamente cruel com animais _____
 6. Tem roubado enquanto confronta uma vítima (por exemplo, roubo, furto de bolsa, extorsão, assalto à mão armada) _____
 7. Tem obrigado alguém à atividade sexual _____

(continua)

8. Tem se envolvido deliberadamente em cenários de incêndio com a intenção de causar dano sério _____
9. Tem destruído deliberadamente propriedade alheia (outras que não a do incêndio) _____
10. Tem invadido a casa, o prédio ou o carro de alguém _____
11. Mentiu com frequência para obter bens ou favores, ou para evitar obrigações (isto é, trapaceia os outros) _____
12. Tem roubado itens de valor considerável sem confrontar uma vítima (por exemplo, roubo em lojas, mas sem arrombamento e invasão; falsificação) _____
13. Frequentemente passa a noite fora de casa, apesar das proibições dos pais _____
14. Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes enquanto morava na casa dos pais, em lar adotivo ou em lar de grupo _____
Se isto aconteceu, quantas vezes? _____
[Entrevistador: Conte como um sintoma se ocorreu uma vez sem a criança retornar por um período prolongado.]
15. Frequentemente cabula aula _____
Se isto aconteceu, com quantos anos começou a fazer isto? _____ anos
[Entrevistador: Deve ter começado antes dos 13 anos para ser contado como um sintoma.]
- B. Três destes comportamentos ocorreram durante os últimos 12 meses? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- C. Pelo menos um destes comportamentos ocorreu durante os últimos seis meses? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- D. Algum destes comportamentos ocorreu antes dos 10 anos? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- E. Estes comportamentos criaram problemas ou prejuízo para seu filho em alguma das seguintes áreas? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
Relações sociais com os outros _____ Desempenho acadêmico _____
- F. Critérios de exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se a criança tem 18 anos ou mais e os critérios correspondem aos de transtorno da personalidade anti-social. Marque 0 se não correspondem e ? se desconhecido.] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 3 ou mais? _____
- A seção B totaliza 1? _____
- A seção C totaliza 1? _____
- A seção E totaliza 1 ou mais? _____
- A seção F totaliza 0? _____

[Marque um subtipo se todos os requisitos forem cumpridos.]

- TC, Tipo Iniciado na Infância (312.81) [Início de pelo menos um dos sintomas antes dos 10 anos]
- TC, Tipo Iniciado na Adolescência (312.82) [Ausência de qualquer dos sintomas antes dos 10 anos]

Gravidade: [Marque o nível de gravidade apropriado.]

- Leve [ocorreram poucos problemas de conduta – se é que algum – em excesso daqueles requeridos para se fazer o diagnóstico, e os problemas de conduta causam apenas danos menores aos outros.]
- Moderada [O número de problemas de conduta e seu efeito sobre os outros é intermediário entre “leve” e “grave”.]
- Grave [Ocorreram muitos problemas de conduta em excesso daqueles requeridos para se fazer o diagnóstico, e os problemas de conduta causam danos consideráveis aos outros.]

Transtorno do comportamento disruptivo SOE [sem outra especificação]

Entrevistador: Esta categoria envolve os transtornos disruptivos caracterizados por produtos de conduta ou comportamentos desafiadores opositivos que não satisfazem os critérios para TC ou TDO, mas produzem danos clinicamente importantes.

Transtorno do comportamento disruptivo SOE (312.9)

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Entrevistador: O diagnóstico requer seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de transtorno hiperativo-impulsivo. Os sintomas devem também ser inapropriados para a idade da criança, durarem há pelo menos seis meses e terem causado algum dano antes dos 7 anos, atualmente, devem estar causando danos em duas situações (funcionamento em casa, na escola ou no trabalho) e deve estar produzindo evidências claras de danos clinicamente importantes no funcionamento social ou acadêmico.

Deixe-me fazer algumas perguntas sobre outros comportamentos que seu filho pode vir exibindo nos últimos seis meses. Mais uma vez, para cada um dos comportamentos sobre os quais eu o inquirir, por favor diga-me se seu filho exibe esse comportamento em um grau que seja inapropriado se comparado com outras crianças da mesma faixa etária.

A. Lista da Desatenção [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

Durante os últimos seis meses, seu filho exibiu algum dos seguintes:

1. Em geral não dá muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido na escola, no trabalho ou em outras atividades _____
2. Frequentemente tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou em atividades de brincadeiras _____
3. Com frequência não parece ouvir quando se fala diretamente com ele _____
4. Frequentemente não segue as instruções e não consegue terminar a lição de casa, as tarefas domésticas ou as obrigações no trabalho _____

[Entrevistador: Certifique-se de que isto não se deve apenas

ao comportamento opositivo ou por não conseguir entender as instruções.] _____

5. Frequentemente tem dificuldade para organizar as tarefas e as atividades _____
6. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que requeiram esforço mental sustentado (como trabalhos escolares ou lição de casa) _____
7. Frequentemente perde coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, exercícios da escola, lápis, livros ou utensílios) _____
8. Com frequência distrai-se com facilidade com estímulos estranhos _____
9. É frequentemente esquecido nas atividades diárias _____

B. Lista de Sintomas Hiperativos-Impulsivos [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]

Durante os últimos seis meses, seu filho exibiu algum dos seguintes:

1. Frequentemente fica mexendo com as mãos ou os pés, ou se contorcendo em sua cadeira _____
2. Frequentemente sai da sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que se espera que permaneça sentado _____
3. Frequentemente corre pelo aposento ou sobe nos móveis em situações em que é inapropriado fazê-lo [*Entrevistador: No caso de adolescentes, isto pode ser limitado a sentimentos subjetivos de inquietação.*] _____
4. Frequentemente tem dificuldade para brincar ou se envolver em atividades de lazer sossegadas _____
5. Está frequentemente em movimento ou age como se impulsionado por um motor _____
6. Com frequência fala excessivamente _____
7. Frequentemente deixa escapar a resposta antes de as perguntas terem acabado de ser formuladas _____
8. Frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez _____
9. Frequentemente interrompe ou invade o espaço dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou nas brincadeiras) _____

C. Esses comportamentos existem há pelo menos seis meses? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]

D. Em que idade esses comportamentos começaram a causar problemas para seu filho? [*Entrevistador: O início aos 13 anos é aceitável, embora o DSM-IV-TR estipule 7 anos.*] _____ (anos)

E. Durante os últimos seis meses esses comportamentos causaram problemas a esta criança em algumas destas situações? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]

Em casa _____ Na escola _____ Na creche ou com babás _____

Em atividades na comunidade (clubes, esportes, escoteiros, etc.) _____

F. Esses comportamentos criaram problemas ou dificuldades para seu filho em algumas das seguintes áreas? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]

Relações sociais com os outros _____ Desempenho acadêmico _____

- G. Critérios de Exclusão: *[Entrevistador: Marque 1 se os sintomas ocorrerem apenas durante um transtorno desenvolvimental invasivo ou transtorno psicótico, ou se são mais justificados para outros transtornos mentais, como um transtorno do humor, da ansiedade, dissociativo ou de personalidade. Marque 0 caso não ocorram e ? se desconhecido.]*

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 6 ou mais, ou a seção B totaliza 6 ou mais? _____
 A seção C totaliza 1? _____
 A seção E totaliza 2 ou mais? _____
 A seção F totaliza 1 ou mais? _____
 A seção G totaliza 0? _____

Marque um subtipo se todos os Requisitos forem cumpridos.

- TDAH, tipo combinado (314.01) *[Satisfaz os critérios tanto para a lista de desatenção quanto para a lista dos sintomas de hiperativos-impulsivos]*
 TDAH, tipo predominantemente desatento (314.00) *[Satisfaz os critérios apenas para os itens de desatenção]*
 TDAH, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo (314.01) *[Satisfaz os critérios apenas para os itens hiperativos-impulsivos]*
 TDAH SOE (314.9) *[Para transtornos com sintomas proeminentes que não satisfaçam plenamente os critérios de nenhum subtipo de TDAH]*

Para os indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais correspondem de forma plena aos critérios, especifique "Em Remissão Parcial": _____

TRANSTORNOS DA ANSIEDADE E DO HUMOR

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre as emoções de seu filho em geral e suas reações emocionais a algumas situações específicas. Vou perguntar-lhe sobre algum medo específico que seu filho pode ter. Depois, sobre seu humor em geral ou condição emocional durante a maior parte do dia. Vamos começar com alguns medos específicos que seu filho pode ter.

Fobia específica

Entrevistador: O diagnóstico requer que todos os critérios A-F sejam satisfeitos.

- A. Seu filho exibe um medo marcante e persistente que seja excessivo ou irrazoável em reação ou antecipação à presença de ou à de um objeto ou situação específica? Por exemplo, em reação ou antecipação de alguns animais, à altura, estar no escuro, trovões ou relâmpagos, voar, tomar injeção, ver sangue ou quaisquer outras coisas ou situações? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* _____

[Entrevistador: Se A estiver presente, marque a pergunta que se segue e depois prossiga para B-G abaixo; do contrário, passe para o próximo transtorno.]

Se algum dos critérios B-F não forem cumpridos, passe para o próximo transtorno.]

Do que exatamente seu filho tem medo? _____

- B. Seu filho tem esta reação ansiosa ou temerosa quase invariavelmente quando exposto a [coisa ou situação específica]? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
 [Entrevistador: Isto pode incluir um ataque de pânico na presença do objeto ou situação temido; ou ansiedade expressada por choro, acessos de raiva, paralisação ou se agarrar no adulto. As crianças não precisam reconhecer que seu medo é excessivo ou irrazoável para se qualificarem para este diagnóstico.]
- C. Seu filho tenta evitar esta coisa ou situação ou, se deve ser exposto a ela, a suporta com ansiedade intensa ou angústia? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- D. O esquivamento, a antecipação ou a reação ansiosa da criança a esta coisa ou situação interfere significativamente com algum dos seguintes? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
 [Entrevistador: Apenas uma destas condições precisa ser endossada para este critério ser satisfeito.]
 Sua rotina normal _____ Funcionamento acadêmico _____
 Atividades sociais _____ Relacionamentos sociais _____
- E. Este medo provoca nele uma angústia importante? _____
- F. Seu filho tem esta reação de medo ou ansiedade diante desta coisa ou evento há pelo menos seis meses? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- G. Critérios de Exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se esta fobia ou ansiedade for mais justificada por outro transtorno mental, como transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno da ansiedade por separação, fobia social ou transtorno do pânico. Marque 0 se negativo e ? se desconhecido.] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

Cada seção da A à E é igual a 1 ou mais? _____

A seção F totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Fobia específica (300.29)

Fobia social

Entrevistador: O diagnóstico requer que todos os critérios A-F a seguir sejam satisfeitos, mas a criança deve ter desenvolvido a competência para relacionamentos sociais com pessoas familiares apropriada a sua idade, e a ansiedade deve ocorrer em locais com a presença de crianças (não apenas nas interações com adultos).

E quanto às situações sociais?

A. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*

1. Seu filho exibe um medo marcante e persistente, que é excessivo ou irrazoável, em resposta à presença ou antecipação de uma situação social ou de desempenho em que ele seja exposto a pessoas que não lhe são familiares ou a uma possível avaliação por parte de outras pessoas? _____

2. Seu filho tem medo de agir de uma determinada maneira que seja constrangedora ou humilhante, ou ficará tão ansioso que isto acabará sendo constrangedor ou humilhante para ele? _____

[Entrevistador: Se as partes 1 e 2 de A estiverem presentes, responda a pergunta 3 e depois prossiga com os critérios restantes abaixo; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios remanescentes a seguir não forem satisfeitos, passe para o próximo transtorno.]

3. De que situação social específica seu filho tem medo? _____

B. Seu filho tem esta reação de ansiedade e medo quase invariavelmente quando exposto a esta situação? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* _____

[Entrevistador: Isto pode incluir um ataque de pânico nesta situação social ou ansiedade expressada por choro, acessos de raiva, paralisação, agarrar-se no adulto ou evitar esta situação social com pessoas com as quais ele não está familiarizado. As crianças não precisam reconhecer que se medo é excessivo ou irrazoável para se qualificarem para este diagnóstico.] _____

C. Seu filho tenta evitar esta situação ou, se tiver de ser exposto a ela, a suporta com intensa ansiedade ou angústia? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* _____

D. O esquivamento, a antecipação ou a reação ansiosa de seu filho a esta situação interfere muito com qualquer dos seguintes? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* _____

[Entrevistador: Apenas uma destas condições precisa ser endossada para este critério ser satisfeito.]

Sua rotina normal _____ Funcionamento acadêmico _____

Atividades sociais _____ Relacionamentos sociais _____

E. Este medo tem lhe causado uma angústia significativa? _____

F. Seu filho tem tido esta reação de medo ou ansiedade a esta situação durante pelo menos os últimos seis meses? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* _____

G. Critérios de Exclusão: *[Entrevistador: Marque 1 se esta fobia ou ansiedade deve-se aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a uma condição médica geral, ou é mais justificada por outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno da ansiedade da separação, transtorno dismórfico corporal, um transtorno desenvolvimental invasivo, ou transtorno da personalidade esquizóide. Ou, se uma condição médica geral ou outro transtorno mental estiver presente, marque 1 se o medo no critério A acima estiver relacionado a ele. Marque 0 se não estiver e ? se desconhecido.]* _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 2? _____
- Cada seção da B à F é igual a 1 ou mais? _____
- A seção G totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Fobia social (300.23)
Especifique se for generalizada (o medo inclui a maioria das situações sociais):

Transtorno da ansiedade da separação

Entrevistador: O diagnóstico requer que pelo menos três sintomas estejam presentes (ver A abaixo) durante pelo menos quatro semanas. Os sintomas devem ter se desenvolvido antes dos 18 anos e devem produzir uma angústia ou dano clinicamente significativo no desempenho social, acadêmico ou em outras importantes áreas do funcionamento e outros transtornos devem ser excluídos como está indicado a seguir.

A. Lista de sintomas do transtorno da ansiedade da separação

Vamos falar agora sobre o modo como seu filho reage emocionalmente quando deve ficar afastado de você ou quando precisa sair de casa para atividades na comunidade. Seu filho exhibe algum dos seguintes? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

1. Angústia recorrente e excessiva quando ocorre ou é antecipado um afastamento da casa, do pai ou da mãe ou de figuras de ligação importantes? _____
2. Preocupação persistente e excessiva sobre a perda do pai ou da mãe ou de uma figura de ligação importante, ou sobre a ocorrência de um possível dano a essa pessoa _____
3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento inesperado ou adverso possa fazer com que se separe do pai ou da mãe ou de uma figura de ligação importante (por exemplo, ficar perdido ou ser seqüestrado) _____
4. Relutância persistente ou recusa em ir à escola ou a qualquer outro lugar devido ao medo da separação _____
5. Medo persistente e excessivo ou relutância em ficar em casa sozinho, ou sem o pai ou a mãe ou uma figura de ligação importante, ou sem um dos pais ou cuidador em outros ambientes _____
6. Relutância persistente ou recusa em ir dormir sem ter junto de si uma figura de ligação importante ou em dormir fora de casa _____
7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema ou tópico de separação de pai ou de mãe ou de outro cuidador _____

8. Queixas reiteradas de sintomas físicos, como dores de cabeça, dores de estômago, náusea ou vômito, quando ocorre ou é antecipada à separação de um dos pais ou de uma figura de ligação importante _____
 [Entrevistador: Se três ou mais sintomas forem endossados, prossiga com os critérios restantes; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios restantes não for satisfeito, passe para o transtorno seguinte.]
- B. Estes medos existiam há pelo menos quatro semanas? _____
 [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
- C. Em que idade estes comportamentos começaram a causar problemas a seu filho? _____ (anos)
 [Entrevistador: Os sintomas devem ter se desenvolvido antes dos 18 anos.]
- D. Estas preocupações criaram angústia em seu filho ou prejuízos em quaisquer das seguintes áreas? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
 Relações sociais com outras pessoas _____ Desempenho acadêmico _____
 Quaisquer outras áreas de funcionamento _____
- E. Critérios de Exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se os sintomas ocorrerem apenas durante um transtorno desenvolvimental invasivo, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, ou não são justificados por transtorno do pânico. Marque 1 se não ocorrerem e ? se desconhecido.] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 3 ou mais? _____
- A seção B totaliza 1? _____
- A seção C mostra 17 anos ou menos? _____
- A seção D totaliza 1 ou mais? _____
- A seção E totaliza 0? _____

[Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.]

- Transtorno da ansiedade da separação (309.21)
- Especifique se houve início precoce (antes dos 6 anos): _____

Transtorno da ansiedade generalizada

Entrevistador: O diagnóstico requer que os critérios A e B sejam satisfeitos; pelo menos um sintoma no critério C deve estar presente há pelo menos seis meses na maior parte dos dias; que os sintomas produzam angústia ou dano importante no desempenho social ou acadêmico, ou em outras áreas importantes do funcionamento e que outros transtornos sejam excluídos, como está indicado abaixo.

Vamos agora verificar se seu filho tende a ser em geral ansioso ou a se preocupar muito, em comparação com outras crianças de sua faixa etária.

- A. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
1. Seu filho exibe ansiedade e preocupação excessivas sobre vários eventos ou atividades, como aquelas no trabalho, desempenho na escola ou qualquer outra situação? _____
 2. Esta ansiedade ou preocupação ocorreram na maioria dos dias durante pelo menos os últimos seis meses? _____
[Entrevistador: Se as perguntas do item A acima forem endossadas, prossiga com os critérios restantes para este transtorno; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios abaixo não for satisfeito, passe para o transtorno seguinte.]
- B. Seu filho acha difícil controlar sua preocupação? _____
- C. Lista de sintomas do transtorno da ansiedade generalizada
 A ansiedade ou preocupação de seu filho tem sido associada a algum dos comportamentos que se seguem na maior parte dos dias durante os últimos seis meses? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
[Entrevistador: Apenas uma condição precisa estar presente para este critério ser satisfeito.]
1. Inquietação, tensão ou ansiedade _____
 2. Ficar facilmente fatigado ou cansado _____
 3. Dificuldade de concentração ou sentir a mente vazia _____
 4. Irritabilidade _____
 5. Tensão muscular _____
 6. Distúrbio do sono ou dificuldade para dormir, permanecer dormindo, ou sono agitado ou não-repousante _____
- D. Ter estas preocupações provocou angústia em seu filho ou o prejudicou nas seguintes áreas? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
 Relações sociais com os outras pessoas _____ Desempenho acadêmico _____
 Quaisquer outras áreas de funcionamento _____ (explique) _____
- E. Critérios de Exclusão: *[Entrevistador: Marque 1 se a ansiedade ou a preocupação estiverem confinadas a características de outro transtorno mental, como estar preocupado em ter um ataque de pânico (transtorno do pânico), ficar constrangido em público (fobia social), ser contaminado (transtorno obsessivo-compulsivo), ficar fora de casa ou afastado de figuras de ligação importantes (transtorno da ansiedade da separação), ter muitas queixas físicas (transtorno da somatização) ou ter uma doença grave (hipocondria); ou se a ansiedade estiver associada com transtorno do estresse pós-traumático. Além disto, marque 1 se o transtorno for devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de droga, medicação) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo), ou se ocorre exclusivamente durante um transtorno do humor, um transtorno psicótico ou um transtorno desenvolvimental invasivo. Caso contrário, marque 1, e ? se desconhecido.]* _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 2? _____
- A seção B totaliza 1? _____
- A seção C totaliza 1 ou mais? _____
- A seção D totaliza 1 ou mais? _____
- A seção E totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Transtorno da ansiedade generalizada (300.02)

Transtorno distímico

Entrevistador: O diagnóstico requer que o humor deprimido exista durante a maior parte do dia, na maioria dos dias, durante pelo menos um ano; que existam pelo menos dois sintomas de B; que a criança nunca tenha ficado sem os sintomas de A e B, a seguir, por dois meses consecutivos durante o primeiro ano do transtorno; que todos os critérios exclusionários sejam satisfeitos e que os sintomas provoquem angústia clinicamente importante ou danos no desempenho social, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Gostaria de falar com você, agora, sobre o humor de seu filho na maior parte do tempo.

- A. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]* Seu filho exibe humor deprimido ou irritabilidade na maior parte do dia, por relato dele próprio ou por suas observações de seu filho? _____
Este humor deprimido ocorreu na maior parte dos dias durante pelo menos os últimos 12 meses? _____
[Entrevistador: Se as duas perguntas do item A, acima, foram endossadas, prossiga com os critérios restantes para este transtorno; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios restantes não for satisfeito, passe para o próximo transtorno.]
- B. Seu filho exibe algumas das seguintes dificuldades quando está deprimido?
[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
1. Pouco apetite ou come demasiado _____
 2. Insônia (problemas para adormecer) ou hipersonia (dormir em excesso) _____
 3. Pouca energia ou fadiga _____
 4. Baixa auto-estima _____
 5. Concentração ruim ou dificuldade para tomar decisões _____
 6. Sensações de desesperança _____
- C. Durante os 12 meses ou mais em que seu filho tem exibido este humor deprimido, ele esteve sem este humor deprimido ou as outras dificuldades que você mencionou durante pelo menos dois meses consecutivos? *[Marque 0 se a criança teve uma remissão de 2 meses, 1 se não teve nenhuma remissão dos sintomas durante pelo menos 2 meses, e ? se desconhecido.]* _____

- D. Este humor deprimido tem provocado angústia em seu filho ou o prejudicado em algumas das seguintes áreas? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
 Relações sociais com outras pessoas _____ Desempenho acadêmico _____
 Quaisquer outras áreas de funcionamento _____
- E. Critérios de Exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se a criança satisfaz os critérios para episódio depressivo maior durante o primeiro ano de seu transtorno do humor, ou se o transtorno é mais bem justificado como transtorno depressivo maior. Marque 1 se houve um episódio maníaco, episódio misto (maníaco-depressivo) ou episódio hipomaníaco; ou caso se apliquem os critérios para transtorno ciclotímico. Marque 1 se o transtorno descrito ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico crônico, como esquizofrenia ou transtorno ilusório, ou é o resultado dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. Marque 0 se isto não ocorre e ? se desconhecido.] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico?

- A seção A totaliza 2? _____
 A seção B totaliza 2 ou mais? _____
 A seção C totaliza 1? _____
 A seção D totaliza 1 ou mais? _____
 A seção E totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos forem satisfeitos.

- Transtorno distímico (300.4)

Transtorno depressivo maior

Entrevistador: O diagnóstico requer que pelo menos cinco ou mais dos sintomas listados no item A, a seguir, tenham estado presentes por um período de duas semanas; que isto represente uma mudança do funcionamento prévio; que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda do interesse ou do prazer; que os sintomas criem angústia clinicamente importante ou prejuízos no desempenho social e acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento e que todos os critérios de exclusão sejam satisfeitos.]

- A. Lista dos sintomas de episódio depressivo maior

Vamos continuar a falar sobre o ajustamento do humor ou emocional de seu filho. Ele desenvolveu algum dos seguintes durante um período de pelo menos duas semanas? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

1. Humor deprimido ou irritável a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas _____

- (Isto pode resultar de relato da própria criança ou de observações dos pais ou de outras pessoas.)
2. Interesse ou prazer marcadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas
(Isto pode resultar do relato da própria criança ou de observações dos pais ou de outras pessoas.)
[Entrevistador: Se os itens 1 ou 2 forem endossados, prossiga com os critérios restantes; do contrário, passe para o próximo transtorno.] _____
 3. Perda de peso importante sem estar de dieta _____
Ganho de peso importante _____
Redução ou aumento do apetite quase todos os dias _____
Não atingiu os ganhos de peso esperados _____
 4. Insônia (problemas para adormecer) ou hipersonia (sono excessivo) quase todos os dias _____
 5. Movimento agitado ou excessivo quase todos os dias _____
(Deve ser corroborado por observações dos pais ou de outras pessoas.)
Ou letárgico, preguiçoso, com movimentos lentos ou movimentos ou atividade significativamente reduzidos quase todos os dias _____
(Deve ser corroborado por observações dos pais ou de outras pessoas.) _____
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias _____
 7. Sensações de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias _____
[Entrevistador: *Esta não deve ser uma autocensura ou culpa por estar doente.*]
 8. Capacidade reduzida para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias _____
(Pode resultar de relato da própria criança ou de observações dos pais ou de outras pessoas.)
 9. Pensamentos recorrentes de morte _____
Ou pensamentos recorrentes de suicídio sem um plano específico _____
Ou tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio _____
[Entrevistador: *Se cinco ou mais dos sintomas 1 a 9 forem endossados, prossiga. Caso contrário, passe para o próximo transtorno.*]
- B. Estes sintomas de depressão criaram angústia para seu filho ou dano em qualquer das seguintes áreas?
[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
Relações sociais com os outras pessoas _____ Desempenho acadêmico _____
Quaisquer outras áreas de funcionamento _____ (explique) _____
- C. Critérios de Exclusão: [Entrevistador: *Marque 1 se os sintomas se deverem a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral; se os sintomas forem mais bem justificados por perda clínica após luto clínico após a perda de um ente querido ou devido a transtorno esquizoafetivo; se os sintomas*

forem superpostos à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno ilusório ou transtorno psicótico SOE; ou se houve um episódio maniaco, um episódio misto ou um episódio hipomaniaco. Caso contrário, marque 0, e ? se desconhecido.]

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

As perguntas 1 e 2 da seção A totalizam 1 ou mais? _____

A seção A totaliza 5 ou mais? _____

A seção B totaliza 1 ou mais? _____

A seção C totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Transtorno depressivo maior (296.xx)
[O código para episódio isolado é 296.2x, para episódios recorrentes é 296.3x; consulte o DSM-IV-TR para especificações adicionais sobre o transtorno.]

Transtorno depressivo SOE

Entrevistador: Só codifique este transtorno quando houver depressão clinicamente importante com danos, mas quando todos os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno do ajustamento com humor deprimido, ou transtorno do ajustamento com ansiedade mista e humor deprimido não forem satisfeitos.

- Transtorno depressivo SOE (311)

Transtorno bipolar I: episódio maniaco

Entrevistador: O diagnóstico requer que a criança tenha tido um período distinto de pelo menos uma semana de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, ou qualquer período desse humor que tenha resultado em hospitalização; que tenha tido pelo menos três dos sintomas listados em B (ou quatro se o humor foi principalmente irritável) em um grau importante. Além disto, os sintomas devem provocar danos clinicamente importantes no desempenho social e acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento, e os critérios de exclusão devem ser satisfeitos.

Tenho mais algumas perguntas a lhe fazer sobre o humor ou o ajustamento emocional de seu filho.

- A. Seu filho já experimentou um período de tempo que durou pelo menos uma semana:
[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]
1. Em que seu humor ficou incomum e persistentemente exacerbado; ou seja, ele se sentiu anormalmente feliz, extasiado, alegre ou extasiado, bem além dos sentimentos normais de felicidade? _____

2. Ou em que seu humor tenha ficado anormal e persistentemente expansivo; ou seja, seu filho sentia-se capaz de realizar qualquer coisa que decidisse fazer, sentia-se quase super-humano em sua capacidade para fazer qualquer coisa que quisesse, ou se sentia como se suas habilidades fossem ilimitadas? _____
3. Ou em que seu humor tenha ficado anormal e persistentemente irritável; ou seja, ele/ela ficou incomumente sensível, muito facilmente propenso à raiva ou a acessos de irritação, muito facilmente aborrecido pelos acontecimentos ou pelas outras pessoas, ou anormalmente mal-humorado? _____
[Entrevistador: Se algumas das três perguntas acima foi endossada, prossiga com a seção B; caso contrário, passe para o próximo transtorno.]
- B. Durante a semana ou mais em que seu filho exibiu este humor anormal e persistente, você percebeu que algum dos seguintes fosse persistente e/ou tivesse ocorrido em um grau anormal ou significativo? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
1. Tinha sua auto-estima inflada ou se sentia grandioso, bem além do que seria característico do seu nível de competência _____
2. Exibia uma necessidade reduzida de sono; por exemplo, declarou que se sentia descansado após apenas três horas de sono _____
3. Estava mais falante do que o habitual ou parecia se sentir pressionado a falar sem parar _____
4. Passava de uma idéia para outra enquanto falava, como se suas idéias fugissem rapidamente _____
5. Estava distraído; ou seja, sua atenção era facilmente atraída para eventos sem importância ou irrelevantes ou para coisas que ocorriam em torno dele _____
6. Exibia um aumento na atividade direcionada para o objetivo; ou seja, tornava-se incomum e persistentemente produtivo ou dirigia mais atividade que o normal para as tarefas que queria realizar _____
 Ou parecia muito agitado, explicitamente ativo ou anormalmente inquieto _____
7. Exibia um envolvimento excessivo em atividades agradáveis que tinham uma alta probabilidade de incorrer em conseqüências negativas, prejudiciais ou dolorosas _____
[Entrevistador: Se três ou mais dos sintomas acima forem endossados, prossiga com os critérios restantes; caso contrário, passe para o próximo transtorno.]
- C. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
1. Esta perturbação no humor de seu filho foi suficiente para provocar um dano severo, rupturas ou dificuldades com relacionamentos sociais, desempenho acadêmico ou outras atividades importantes? _____
2. Ou o humor anormal de seu filho o levou a ser hospitalizado para evitar danos a si mesmo ou a outras pessoas? _____

3. Ou seu filho teve alucinações [explique] ou idéias bizarras [pensamento psicótico] ou se sentiu ou agiu de forma paranóica (como se os outros pretendessem feri-lo intencionalmente)?

[Entrevistador: Se um ou mais dos critérios 1 a 3 for endossado, prossiga.]

- D. Critérios de exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se os sintomas satisfizeram os critérios para um episódio misto ou transtorno esquizoafetivo, são efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, ou são superpostos à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno ilusório ou transtorno psicótico SOE. Marque 0 se não forem, ? se desconhecido. Se a criança satisfizer os critérios para TDAH, só marque 0 se ela satisfizer os critérios após se excluir a distratibilidade (5) e a agitação psicomotora (segunda parte do 6).]

Código de diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 1 ou mais? _____
 A seção B totaliza 3 ou mais? _____
 A seção C totaliza 1 ou mais? _____
 A seção D totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Transtorno bipolar I: Episódio maníaco (296.xx)
 [Use o código 296.0x se foi um episódio maníaco isolado e 296.4x se houve muitos episódios e os mais recentes foram episódios maníacos.]

Transtorno bipolar I: episódio misto

Entrevistador: Codifique este transtorno se forem satisfeitos os critérios tanto para um episódio maníaco quanto para um episódio depressivo maior, quase todos os dias, durante pelo menos uma semana; a perturbação provoca danos clinicamente importantes e os sintomas não são o resultado de uma substância ou de uma condição médica geral.

- Transtorno bipolar I: episódio misto (196.6x)

Transtorno bipolar I: outros tipos de episódios

- Transtorno bipolar I: episódio hipomaníaco mais recente (296.40)
 [Codifique este transtorno se forem satisfeitos os critérios para um episódio hipomaníaco (uma forma mais branda de episódio maníaco; ver o DSM-IV-TR), e se houve anteriormente pelo menos um Episódio Maníaco ou Misto.]
- Transtorno bipolar I: Episódio depressivo mais recente (296.5x)
 [Codifique este transtorno se forem satisfeitos os critérios para um episódio depressivo maior, conforme já foi descrito, e se houve anteriormente pelo menos um episódio maníaco ou misto.]

- Transtorno bipolar I: Episódio não especificado mais recente (296.7)
[Codifique este transtorno se forem satisfeitos os critérios, exceto para a duração, para um episódio maníaco, hipomaniaco, misto ou depressivo maior; se houve anteriormente pelo menos um episódio maníaco ou misto; se a perturbação provoca danos clinicamente significantes e se os sintomas não são o resultado de uma substância ou de uma condição médica geral.]

Outros transtornos mentais e desenvolvimentais

[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

1. Esta criança tem qualquer coisa com a qual pareça obcecada, ou não consegue tirar sua mente de um determinado tópico? _____ *[Se presente, reveja os critérios diagnósticos para transtorno obsessivo-compulsivo no DSM-IV-TR.]*
2. Esta criança tem algum comportamento incomum que ela manifesta enquanto se veste, toma banho, come ou rituais de contagem? _____ *[Se presente, reveja os critérios diagnósticos para transtorno obsessivo-compulsivo no DSM-IV-TR.]*
3. Esta criança apresenta algum tique nervoso ou outros movimentos nervosos repetitivos ou abruptos, ou ruídos vocais? _____ *[Se presente, reveja os critérios diagnósticos para transtorno de Tourette ou outros transtornos de tique no DSM-IV-TR.]*
4. Esta criança fez comentários ou agiu de maneira a parecer que estava vendo coisas, ouvindo coisas ou sentindo coisas em sua pele que realmente não existiam (alucinações)? _____ *[Se presente, reveja os critérios diagnósticos para transtornos psicóticos no DSM-IV-TR.]*
5. Esta criança já relatou idéias bizarras, muito estranhas ou peculiares que pareciam muito incomuns em comparação com outras crianças (delírios)? _____ *[Se presente, reveja os critérios diagnósticos para transtornos psicóticos no DSM-IV-TR.]*

MÉTODOS DE MANEJO PARA OS PAIS

Agora vamos adiante e ver como você tem tentado lidar com o comportamento de seu filho, em especial quando ele foi um problema para você. Quando seu filho é destrutivo ou se comporta mal, que medidas normalmente você toma para lidar com o problema?

Se estes métodos não funcionam e o problema de comportamento continua, o que você normalmente faz para enfrentar o mau comportamento de seu filho?

HISTÓRIA DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA CRIANÇA

Seu filho já foi avaliado anteriormente para problemas desenvolvimentais, comportamentais ou de aprendizagem? [Marque um] Sim Não

Em caso afirmativo, quem realizou a avaliação, a que tipo de avaliação a criança foi submetida e o que lhe foi dito sobre seu filho com relação aos resultados de quaisquer avaliações?

Seu filho já recebeu algum tratamento psiquiátrico ou psicológico?

[Marque um] Sim Não

Em caso afirmativo, que tipo de tratamento ele recebeu e durante quanto tempo?

Quem proporcionou este tratamento para seu filho? _____

Seu filho já tomou alguma medicação para seu comportamento ou problemas emocionais? [Marque um] Sim Não

Em caso afirmativo, que tipo de medicação ele tomou, em que dosagem e durante quanto tempo?

HISTÓRIA ESCOLAR

Entrevistador: Para cada série que a criança cursou, iniciando pela pré-escola, pergunte aos pais que escola ela frequentou e se teve algum problema comportamental ou de aprendizagem naquela série. Em caso afirmativo, anote sucintamente sua natureza.

Esta criança já recebeu algum serviço de educação especial?

[Marque um] Sim Não

Em caso afirmativo, que tipos de serviços ela recebeu e em que séries?

POTENCIALIDADES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DA CRIANÇA

Sei que já lhe fiz muitas perguntas sobre quaisquer problemas que seu filho possa estar apresentando. Mas também é importante conhecer os pontos fortes psicológicos e sociais de seu filho. Por favor, conte-me sobre quaisquer habilidades que seu filho pareça ter ou quaisquer atividades em que ele tenha um desempenho particularmente bom. Por exemplo, de que passatempos e esportes ele gosta e nos quais tem um bom desempenho, quais são suas matérias preferidas na escola, em que tipos de jogos ou atividades sociais se destaca? Em outras palavras, diga-me o que considera ser os pontos mais fortes de seu filho.

HISTÓRIA FAMILIAR

Entrevistador: Após examinar as potencialidades psicológicas e sociais da criança, examine com o pai ou a mãe a história familiar de problemas psiquiátricos e de aprendizagem. Para tanto utilize os três formulários que se seguem. O primeiro está destinado ao lado materno da família, o segundo ao lado paterno e o terceiro aos irmãos da criança que está sendo avaliada. Informe ao pai ou à mãe que você está entrevistando a importância de entender os problemas comportamentais de uma criança para saber se outros parentes biológicos dela têm tido problemas psicológicos, emocionais ou desenvolvimentais. Muitos desses transtornos percorrem as famílias e podem contribuir geneticamente para os problemas da criança. Comece com o lado materno da família e examine cada um dos parentes da mãe, anotando se eles têm alguns dos transtornos listados no lado esquerdo do formulário. Se tiverem, coloque um X sob a coluna que representa esse parente. Depois faça o mesmo para os parentes paternos e para os irmãos da criança.

Parentes maternos

	Irmãos							Total
	A própria mãe	Mãe	Pai	Irmão	Irmão	Irmã	Irmã	
Problemas com agressividade, desafio e comportamento opositivo quando criança								
Problemas com a atenção, atividades e controle do impulso quando criança								
Deficiências de aprendizagem								
Não concluiu o ensino médio								
Retardo mental								
Psicose ou esquizofrenia								
Depressão por mais de duas semanas								
Transtorno da ansiedade que prejudicou o ajustamento								
Tourette ou outros tiques								
Abuso de álcool								
Abuso de substâncias								
Comportamento anti-social (assaltos, furtos, etc.)								
Prisões								
Abuso físico								
Abuso sexual								

	Irmãos				Total
	Irmão	Irmão	Irmã	Irmã	
Problemas com agressividade, desafio e comportamento opositivo quando criança					
Problemas com a atenção, atividades e controle do impulso quando criança					
Deficiências de aprendizagem					
Não concluiu o ensino médio					
Retardo mental					
Psicose ou esquizofrenia					
Depressão por mais de duas semanas					
Transtorno da ansiedade que prejudicou o ajustamento					
Tourette ou outros tiques					
Abuso de álcool					
Abuso de substâncias					
Comportamento anti-social (assaltos, furtos, etc.)					
Prisões					
Abuso físico					
Abuso sexual					

Checklist de Avaliação de Barkley para TDAH

Nome da pessoa a ser avaliada _____ **Data** _____

Idade _____ Sexo: Masc. Fem. Educação concluída (em anos) _____

Pessoa que está completando este formulário:

Mãe Pai Paciente Cônjuge/Parceiro

Instruções: Por favor, indique se esta pessoa exibe o seguinte em um grau inapropriado para a sua idade.

Para crianças (idade 4 a 12 anos)

Desatenção:

1. Frequentemente não consegue manter a atenção em tarefas ou brincadeiras, ou se distrai facilmente.	Sim	Não
2. Frequentemente não escuta, não segue instruções ou não termina as tarefas.	Sim	Não
3. Frequentemente tem dificuldade para organizar as tarefas ou perde coisas.	Sim	Não

Sintomas hiperativos-impulsivos:

1. Frequentemente fica correndo pelo aposento, sobe nos móveis, não consegue permanecer sentado ou fica mexendo nas coisas.	Sim	Não
2. Frequentemente age com impulsividade, não pensa antes de agir ou não consegue esperar.	Sim	Não

Para adolescentes (idade 13 a 17 anos)

Desatenção:

1. Frequentemente tem dificuldade para organizar as tarefas ou perde coisas.	Sim	Não
2. Frequentemente tem dificuldade para manter a atenção nas tarefas e se distrai com facilidade.	Sim	Não
3. Frequentemente não escuta, não segue instruções ou não termina as tarefas.	Sim	Não

Sintomas hiperativos-impulsivos:

1. Frequentemente não consegue permanecer sentado ou fica mexendo nas coisas.	Sim	Não
2. Frequentemente age com impulsividade, não pensa antes de agir ou não consegue esperar.	Sim	Não

Para adultos (idade 18 anos em diante)

Desatenção:

1. Frequentemente é desorganizado, perde coisas ou exibe um manejo deficiente do tempo.	Sim	Não
2. Frequentemente tem dificuldade para manter a atenção nas tarefas ou se distrai facilmente.	Sim	Não
3. Frequentemente não escuta, não segue instruções ou não termina as tarefas.	Sim	Não

Sintomas hiperativos-impulsivos:

1. Frequentemente não consegue permanecer sentado, sente-se inquieto ou fala e interrompe demais os outros.	Sim	Não
2. Frequentemente age com impulsividade, não pensa antes de agir ou não consegue esperar.	Sim	Não

Para todas as idades

1. Frequentemente é preguiçoso, sonolento ou desmotivado.	Sim	Não
2. Frequentemente sonha acordado, fica perdido em pensamentos ou parece estar "fora do ar".	Sim	Não
3. É esquecido.	Sim	Não

Se você respondeu sim a quaisquer itens, eles duraram pelo menos seis meses?

Sim Não

Em caso afirmativo, interferiram com seu funcionamento em algumas das seguintes atividades importantes? *[Marque todas que se aplicam.]*

Vida doméstica _____ Desempenho na escola _____

Relacionamentos sociais _____ Comportamento na comunidade _____

Participação em clubes, esportes, grupos organizados _____

Ocupação/trabalho _____ Condução de veículo _____ Manejo de dinheiro _____

Escala de avaliação do comportamento disruptivo – Formulário para pais

Nome da criança _____ Data _____

Nome da pessoa que está completando este formulário _____

Seu relacionamento com a criança: *[Marque um]*

Mãe Pai Padrasto/Madrasta Pai/Mãe Adotivo

Outro: _____

Instruções: Por favor, faça um círculo em torno do número que segue a cada item que melhor descreve o comportamento de seu filho durante os últimos seis meses.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dá muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido em seu trabalho	0	1	2	3
2. Mexe o tempo todo com as mãos ou pés ou fica se contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tem dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou em atividades de lazer	0	1	2	3
4. Sai de sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado	0	1	2	3
5. Não escuta quando se fala com ele diretamente	0	1	2	3
6. Parece inquieto	0	1	2	3
7. Não segue as instruções e não termina o trabalho	0	1	2	3
8. Tem dificuldade para se engajar em atividades de lazer ou fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tem dificuldade para organizar as tarefas e as atividades	0	1	2	3
10. Parece sempre ativo ou como se fosse movido por um motor	0	1	2	3

(continua)

11. Evita, não gosta ou reluta em se envolver em trabalho que requeira esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Fala excessivamente	0	1	2	3
13. Perde coisas necessárias para as tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Dá as respostas antes de as perguntas terminarem de ser formuladas	0	1	2	3
15. Distrai-se facilmente	0	1	2	3
16. Tem dificuldades para esperar sua vez	0	1	2	3
17. É esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompe ou se intromete com os outros	0	1	2	3

Que idade tinha a criança quando você percebeu pela primeira vez os problemas citados? _____

Instruções: Até que ponto os problemas que você pode ter marcado interferiram com a capacidade dessa criança de funcionar em cada uma destas áreas das atividades da vida durante os últimos seis meses?

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Em sua vida doméstica com a família imediata	0	1	2	3
Em suas interações sociais com outras crianças	0	1	2	3
Em suas atividades ou contatos com a comunidade	0	1	2	3
Na escola	0	1	2	3
Nos esportes, em clubes ou em outras organizações	0	1	2	3
Ao aprender a cuidar de si	0	1	2	3
Em suas atividades de brincadeiras, lazer ou recreativas	0	1	2	3
Em seu manejo com as tarefas da vida diária ou outras responsabilidades	0	1	2	3

Instruções: Mais uma vez, faça um círculo em torno do número que segue cada item que melhor descreve o comportamento desta criança durante os últimos seis meses.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
19. Perde a calma	0	1	2	3
20. Discute com os adultos	0	1	2	3
21. Desafia ativamente ou se recusa a obedecer as solicitações ou regras dos adultos	0	1	2	3
22. Aborrece deliberadamente as pessoas	0	1	2	3
23. Culpa os outros por seus erros ou mau comportamento	0	1	2	3
24. Fica melindrado ou facilmente é aborrecido pelos outros	0	1	2	3
25. Fica zangado ou ressentido	0	1	2	3
26. É malvado ou vingativo	0	1	2	3

Instruções: Por favor, indique se esta criança engajou-se em um dos seguintes itens nos últimos 12 meses.

1. Freqüentemente implica, ameaça ou intimida os outros	Não	Sim
2. Freqüentemente inicia brigas físicas	Não	Sim
3. Usou uma arma que pode causar danos físicos sérios aos outros	Não	Sim
4. Tem sido fisicamente cruel com as pessoas	Não	Sim
5. Tem sido fisicamente cruel com animais	Não	Sim
6. Tem roubado enquanto confronta uma vítima (por exemplo, roubo, furto de bolsa, extorsão ou assalto à mão armada)	Não	Sim
7. Tem obrigado alguém a manter atividade sexual	Não	Sim
8. Tem se envolvido deliberadamente em situações de incêndio com a intenção de danos sérios	Não	Sim
9. Tem destruído deliberadamente propriedades dos outros (de outro modo que não pôr fogo)	Não	Sim
10. Tem invadido a casa ou o prédio ou o carro de outra pessoa	Não	Sim
11. Mentiu com freqüência para obter bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, trapaceia os outros)	Não	Sim
12. Tem roubado itens de valor considerável sem confrontar a vítima (por exemplo, roubos em lojas, mas sem arrombamento e invasão; falsificação)	Não	Sim

13. Frequentemente passa a noite fora de casa apesar das proibições dos pais. Se isto ocorre, em que idade começou? _____	Não	Sim
14. Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes enquanto morava com os pais, em lares adotivos ou em lares de grupo Se isso aconteceu, quantas vezes? _____	Não	Sim
15. Frequentemente cabula aula Se isto acontece, em que idade começou? _____	Não	Sim

Escala de avaliação do comportamento disruptivo – Formulário para professores

Nome da criança _____ Data _____

Nome da pessoa que está completando este formulário _____

Em que classe(s) você ensina esta criança? _____

Em um dia letivo típico, quantas horas você observa esta criança? _____

Instruções: Por favor, faça um círculo em torno de cada número após cada item que melhor descreve o comportamento desta criança durante os últimos seis meses.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dá muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido em seu trabalho	0	1	2	3
4. Mexe o tempo todo com as mãos ou pés ou fica se contorcendo na cadeira	0	1	2	3
5. Tem dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou em atividades de lazer	0	1	2	3
4. Sai de sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado	0	1	2	3
5. Não escuta quando se fala com ele diretamente	0	1	2	3
6. Parece inquieto	0	1	2	3
7. Não segue as instruções e não termina o trabalho	0	1	2	3
8. Tem dificuldade para se engajar em atividades de lazer ou fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tem dificuldade para organizar as tarefas e as atividades	0	1	2	3
10. Parece sempre ativo ou como se fosse movido por um motor	0	1	2	3

(continua)

11. Evita, não gosta ou reluta em se envolver em trabalho que requeira esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Fala excessivamente	0	1	2	3
13. Perde coisas necessárias para as tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Responde antes de as perguntas terminarem de ser formuladas	0	1	2	3
15. Distrai-se facilmente	0	1	2	3
16. Tem dificuldades para esperar sua vez	0	1	2	3
17. É esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompe ou se intromete com os outros	0	1	2	3

Instruções: Até que ponto os problemas que você pode ter marcado interferiram com a capacidade dessa criança de funcionar em cada uma destas áreas das atividades da vida durante os últimos seis meses?

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Ao realizar seu trabalho em classe	0	1	2	3
Ao realizar suas lições de casa	0	1	2	3
Em seu comportamento na sala de aula	0	1	2	3
Em seu comportamento no ônibus escolar	0	1	2	3
Nos esportes, em clubes ou em outras organizações	0	1	2	3
Em suas interações com os colegas	0	1	2	3
Em suas brincadeiras ou atividades recreativas no intervalo	0	1	2	3
Em seu comportamento no refeitório da escola	0	1	2	3
Em seu manejo do tempo na escola	0	1	2	3

Instruções: Mais uma vez, faça um círculo em torno do número em que segue cada item que melhor descreve o comportamento desta criança durante os últimos seis meses.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
19. Perde a calma	0	1	2	3
20. Discute com os adultos	0	1	2	3
21. Desafia ativamente ou se recusa a obedecer às solicitações ou regras dos adultos	0	1	2	3
22. Aborrece deliberadamente as pessoas	0	1	2	3
23. Culpa os outros por seus erros ou mau comportamento	0	1	2	3
24. Fica melindrado ou facilmente é aborrecido pelos outros	0	1	2	3
25. Fica zangado ou ressentido	0	1	2	3
26. É malvado ou vingativo	0	1	2	3

Questionário de situações domésticas*

Nome da criança _____ Data _____

Nome da pessoa que está completando este formulário _____

Instruções: Seu filho apresenta algum problema com relação a obedecer instruções, ordens ou regras em alguma destas situações? Se isto acontece, por favor faça um círculo em torno da palavra Sim e depois em torno do número ao lado dessa situação que descreva até que ponto você considera o problema grave. Se seu filho não apresenta problemas em uma situação, faça um círculo em torno da palavra Não e passe para a situação seguinte no formulário.

Se sim, qual a gravidade?

Situações	Sim/Não		Se sim, qual a gravidade?								
			Leve						Grave		
	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando brinca sozinho	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando brinca com outras crianças	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Na hora das refeições	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está se vestindo	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está se lavando e se banhando	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando você está ao telefone	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está assistindo à televisão	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando há visitas em sua casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando você está visitando alguém	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Em locais públicos (restaurantes, lojas, igreja, etc.)	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando o pai está em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando solicitado a fazer tarefas domésticas	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando solicitado a fazer a lição de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Na hora de dormir	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está no automóvel	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Quando está com uma babá	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

----- Apenas para uso do profissional -----

Número total de locais problemáticos _____ Pontuação média de gravidade _____

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): a clinician's manual for assessment and parent training, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

Questionário de situações na escola*

Nome da criança _____ Data _____

Nome da pessoa que está completando este formulário _____

Instruções: Seu filho apresenta algum problema com relação a obedecer a instruções, ordens ou regras em alguma destas situações? Se isto acontece, por favor faça um círculo em torno da palavra Sim e depois em torno do número ao lado dessa situação que descreva até que ponto considera o problema grave. Se seu filho não apresenta problemas em uma situação, faça um círculo em torno da palavra Não e passe para a situação seguinte no formulário.

Situações	Sim/Não		Se sim, qual a gravidade?								
			Leve								
Quando chega na escola	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante trabalho individual na carteira	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante atividades em pequeno grupo	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante tempo livre para brincar na classe	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante leituras para a classe	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
No recreio	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Na hora do almoço	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nos corredores	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
No banheiro	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Em viagens de campo	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante reuniões especiais	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9
No ônibus	Sim	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9

----- Apenas para uso do profissional -----

Número total de locais problemáticos _____ Pontuação média de gravidade _____

*Extraído de *Defiant children* (2nd ed.): *a clinician's manual for assessment and parent training*, de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

Checklist de questões para pais e adolescentes*

Nome da pessoa que está completando este formulário _____ Data _____

- Adolescente Adolescente
 Mãe com Mãe
 Pai Pai

Segue-se uma lista de coisas que, às vezes, são conversadas em casa. Gostaríamos que você examinasse atentamente cada tópico do lado esquerdo da página e decidisse se *vocês dois juntos* conversaram sobre esse assunto durante as duas últimas semanas.

Se vocês dois discutiram este tópico durante as duas últimas semanas, faça um círculo em torno da palavra Sim à direita do tópico.

Se os dois não o discutiram durante as duas últimas semanas, faça um círculo em torno da palavra Não à direita do tópico.

Agora, gostaríamos que você voltasse à lista dos tópicos. Para aqueles tópicos em que você fez um círculo em torno da palavra Sim, por favor responda às duas perguntas que estão do lado direito da página.

1. Quantas vezes durante as duas últimas semanas o tópico surgiu na conversa?
2. Até que ponto as discussões são inflamadas?

**Primeiro, desça esta coluna
em todas as páginas.**

**Depois, desça estas colunas
em todas as páginas.**

Tópico			Até que ponto as discussões são inflamadas?				
	Quantas vezes?		Calmas	Um Pouco inflamadas	Inflamadas		
1. Telefonemas	Sim	Não	1	2	3	4	5
2. Hora de ir para a cama	Sim	Não	1	2	3	4	5
3. Arrumação do quarto	Sim	Não	1	2	3	4	5
4. Fazer a lição de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
5. Guardar as roupas	Sim	Não	1	2	3	4	5
6. Assistir à televisão	Sim	Não	1	2	3	4	5
7. Higiene (banho, escovar os dentes)	Sim	Não	1	2	3	4	5
8. Que roupas vestir	Sim	Não	1	2	3	4	5

(continua)

*Adaptado de *Negotiating parent-adolescent conflict: a behavioral-family systems approach*, de Arthur L. Robin e Sharon L. Foster. Copyright 1989 de The Guilford Press.

Primeiro, desça esta coluna em todas as páginas.				Depois, desça estas colunas em todas as páginas.				
Tópico				Até que ponto as discussões são inflamadas?				
				Quantas vezes?	Calmas	Um Pouco inflamadas		Infla- madas
9.	Até que ponto as roupas parecem limpas	Sim	Não	1	2	3	4	5
10.	Fazer barulho demais em casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
11.	Comportamento à mesa	Sim	Não	1	2	3	4	5
12.	Brigas com os irmãos ou irmãs	Sim	Não	1	2	3	4	5
13.	Dizer palavrões	Sim	Não	1	2	3	4	5
14.	Quanto dinheiro é gasto	Sim	Não	1	2	3	4	5
15.	Escolher livros ou filmes	Sim	Não	1	2	3	4	5
16.	Mesada	Sim	Não	1	2	3	4	5
17.	Sair sem os pais (<i>shopping</i> , cinema, etc.)	Sim	Não	1	2	3	4	5
18.	Ouvir música alto demais	Sim	Não	1	2	3	4	5
19.	Apagar as luzes da casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
20.	Drogas	Sim	Não	1	2	3	4	5
21.	Cuidar dos discos, jogos, brinquedos e objetos	Sim	Não	1	2	3	4	5
22.	Tomar cerveja ou outra bebida alcoólica	Sim	Não	1	2	3	4	5
23.	Comprar discos, jogos, brinquedos e objetos	Sim	Não	1	2	3	4	5
24.	Sair para namorar	Sim	Não	1	2	3	4	5
25.	Quem devem ser os amigos	Sim	Não	1	2	3	4	5
26.	Escolher roupas novas	Sim	Não	1	2	3	4	5
27.	Sexo	Sim	Não	1	2	3	4	5
28.	Chegar em casa na hora determinada	Sim	Não	1	2	3	4	5

(continua)

29. Chegar na escola no horário	Sim	Não	1	2	3	4	5
30. Tirar notas baixas na escola	Sim	Não	1	2	3	4	5
31. Meter-se em confusão na escola	Sim	Não	1	2	3	4	5
32. Mentir	Sim	Não	1	2	3	4	5
33. Ajudar na casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
34. Conversar com os pais	Sim	Não	1	2	3	4	5
35. Levantar-se de manhã	Sim	Não	1	2	3	4	5
36. Incomodar os pais quando eles querem ficar sozinhos	Sim	Não	1	2	3	4	5
37. Incomodar o adolescente quando ele quer ficar sozinho	Sim	Não	1	2	3	4	5
38. Colocar os pés nos móveis	Sim	Não	1	2	3	4	5
39. Fazer bagunça na casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
40. A que horas fazer as refeições	Sim	Não	1	2	3	4	5
41. Como passar o tempo livre	Sim	Não	1	2	3	4	5
42. Fumar	Sim	Não	1	2	3	4	5
43. Ganhar dinheiro fora de casa	Sim	Não	1	2	3	4	5
44. O que o adolescente come	Sim	Não	1	2	3	4	5

Cheque para ver se você marcou o Sim ou o Não em todos os tópicos. Comunique o entrevistador quando terminar.

Usando um cartão de relatório diário do comportamento na escola*

Um cartão de relatório diário do comportamento na escola é enviado pelo professor para casa do aluno, fornecendo uma avaliação diária do comportamento de seu filho na escola, o que pode ser usado por você para dar ou retirar recompensas disponíveis em casa. Estes cartões têm-se mostrado eficazes na modificação de vários problemas das crianças na escola. Devido a sua conveniência e custo-efetividade, e ao fato de envolverem tanto o professor quanto os pais, com freqüência são uma das primeiras intervenções que você deve tentar se seu filho estiver apresentando problemas de comportamento na escola. Os relatórios do professor podem consistir de um bilhete ou de um cartão de relatório mais formal. Recomendamos o uso de um cartão formal de relatório de comportamento como aqueles mostrados no final desta seção. O cartão deve listar o(s) comportamento(s) "alvo" que devem ser o foco do programa do lado esquerdo do cartão. No alto devem haver colunas numeradas que correspondam a cada período de aula na escola. O professor dá um número de avaliação refletindo o desempenho da criança em cada um destes comportamentos em cada aula, conforme mostram os exemplos adiante.

COMO FUNCIONAM OS CARTÕES DE RELATÓRIO DIÁRIO

Com o uso desse sistema, os relatórios do professor são caracteristicamente enviados para casa em uma base diária. Quando o comportamento da criança melhora, os relatórios diários podem ser reduzidos a dois por semana (às quartas e sábados, por exemplo), um por semana, mensais e, finalmente, ser totalmente suspensos. Vários cartões de relatório diário podem ser desenvolvidos e moldados para seu filho. Alguns dos comportamentos visados pelo programa podem incluir tanto condutas sociais (compartilha, brinca bem com as outras crianças, segue as regras) quanto o desempenho acadêmico (realiza as tarefas de matemática ou leitura). Ter como alvo o mau desempenho acadêmico (produção deficiente do trabalho) pode ser especialmente eficaz. Exemplos de comportamentos a serem visados incluem realizar todo o trabalho (ou uma porção especificada do trabalho), permanecer na cadeira designada, seguir as instruções do professor e brincar cooperativamente com os colegas. Os comportamentos negativos (por exemplo, agressão, destruição, gritos) também podem ser incluídos como comportamentos a serem reduzidos pelo programa. Além de objetivar o desempenho na classe, pode também incluir a lição de casa. As crianças às vezes têm dificuldade para se lembrar de levar para casa as atribuições da lição de casa. Podem também realizar sua lição de casa, mas se esquecer de levar o trabalho feito para a escola no dia seguinte. Cada uma destas áreas pode ser visada em um programa de cartão de relatório do comportamento na escola.

Recomenda-se que o número de comportamentos visados com os quais você trabalha limite-se a quatro ou cinco. Comece se concentrando em apenas al-

*Extraído de *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training* (2nd ed.), de Russell A. Barkley. Copyright 1977 de The Guilford Press.

guns comportamentos que você deseja mudar, para ajudar a maximizar o sucesso de seu filho no programa. Quando estes comportamentos vão bem, você pode acrescentar alguns outros comportamentos problemáticos como alvos para a mudança. Recomendamos incluir pelo menos um ou dois comportamentos positivos em que a criança está tendo um bom desempenho, para que ela consiga ganhar alguns pontos durante o início do programa.

Tipicamente, as crianças são monitoradas durante todo o dia letivo. No entanto, para ter sucesso com comportamentos problemáticos que ocorrem com muita frequência, você pode querer que a criança seja inicialmente avaliada durante apenas uma parte do dia letivo, assim como em uma ou duas matérias ou aulas. Quando o comportamento da criança melhora, o cartão pode ser pouco a pouco expandido para incluir mais períodos/matérias, até a criança ser monitorada o dia todo. Naqueles casos em que as crianças freqüentam várias aulas diferentes, ministradas por diferentes professores, o programa pode envolver alguns ou todos os professores, dependendo da necessidade de ajuda em cada uma das aulas. Quando mais de um professor é incluído no programa, um único cartão de relatório pode incluir espaço para todos os professores avaliarem a criança. Como alternativa, diferentes cartões de relatório podem ser usados para cada classe e organizados em uma agenda para as crianças levarem de uma aula para outra. Além disso, o cartão apresentado no final pode ser útil porque tem colunas que podem ser usadas para avaliar a criança pelo mesmo professor no final de cada aula ou por diferentes professores.

O sucesso do programa depende de um método claro e consistente para transformar os relatórios do professor em resultados em casa. Uma vantagem dos cartões de relatório do comportamento na escola é a possibilidade do uso de várias conseqüências. No mínimo, elogios e atenção positiva devem ser proporcionados em casa quando a criança tem um bom desempenho naquele dia na escola, conforme demonstra o cartão de relatório. No entanto, com muitas crianças são freqüentemente necessários programas de recompensas ou símbolos tangíveis. Por exemplo, uma comunicação positiva em casa pode ser traduzida na quantidade de tempo assistindo à TV, um lanche especial ou ir para cama um pouco mais tarde. Pode também ser usado um sistema de símbolos em que uma criança ganha pontos por avaliações de comportamento positivas e perde pontos por avaliações negativas. Tanto as recompensas diárias (por exemplo, tempo com os pais, sobremesa especial, tempo maior assistindo à TV) quanto as recompensas semanais (por exemplo, cinema, jantar em um restaurante, passeio especial) podem ser incluídas no programa.

VANTAGENS DO CARTÃO DE RELATÓRIO DIÁRIO

Em geral, os cartões de relatório diário do comportamento na escola podem ser tão ou mais eficientes quanto os programas de manejo do comportamento baseados em classe, com uma eficácia aumentada quando associados com programas baseados em classe. Os relatórios diários parecem ser particularmente adequados para crianças, pois estas com freqüência podem beneficiar-se de um retorno mais freqüente do que aquele em geral fornecido pela escola. Tais programas também dão aos pais um retorno mais freqüente que normalmente seria proporcionado pela criança. Como você sabe, a maioria delas, quando inquirida sobre como foi seu dia na escola, lhe dará uma resposta de uma palavra, "Ótimo", o que pode não ser exato. Estes programas de car-

tão de relatório também podem lembrar aos pais quando premiar o comportamento de um filho, mas também adverti-los quando o comportamento está se tornando problemático na escola e irá requerer um trabalho mais intensivo. Ademais, o tipo e a qualidade das recompensas disponíveis em casa em geral são bem mais extensivas que aquelas disponíveis na classe, um fator que pode ser crítico com crianças que precisam de recompensas mais significativas.

Além desses benefícios, os cartões de relatório diário da escola em geral requerem muito menos tempo e esforço do professor de seu filho que os programas baseados em classe. Em vista disto, os professores que não têm conseguido iniciar um programa de manejo em classe podem estar muito mais propensos a cooperar com um cartão de relatório diário que vem de casa.

Apesar do impressionante sucesso dos programas de cartão de relatório, a eficácia do programa depende da precisão com que o professor avalia o comportamento da criança. Também depende do uso justo e consistente das conseqüências em casa. Em alguns casos, as crianças podem tentar solapar o sistema ao não levarem o relatório para casa. Elas podem forjar ou não pegar a assinatura de um determinado professor. Para desencorajar estas práticas, a ausência de anotações ou assinaturas deve ser tratada da mesma maneira que um relatório "ruim" (isto é, a criança não ganha pontos ou é penalizada pela perda de privilégios ou pontos). A criança pode até ficar sem sair de casa o dia todo (sem privilégios) por não levar o cartão para casa.

ALGUNS EXEMPLOS DE CARTÕES DE RELATÓRIO DIÁRIO DA ESCOLA

Vamos discutir aqui vários tipos de cartões de relatório que se baseiam em avaliações diárias do comportamento na escola. Dois exemplos são apresentados no final deste tema, assim como um cartão em branco para você modificar como julgar adequado. Estes são os cartões que recomendamos que a maioria dos pais use se deseja iniciar rapidamente um programa com o uso do cartão de relatório do comportamento na escola. Um cartão de amostra é para o comportamento na sala de aula; o outro é para o comportamento no recreio. Use o cartão de amostra que julgar mais apropriado para os problemas que seu filho está tendo na escola, ou preencha o cartão em branco com os problemas específicos que você quer que sejam avaliados. São fornecidos dois conjuntos de cada cartão, para que você possa fazer cópias dessa página e depois cortá-lo ao meio para dobrar o número de cartões.

Observe que cada cartão contém cinco áreas de problemas potenciais de comportamento que as crianças podem experimentar. Para o cartão de relatório do comportamento na classe, há colunas para até sete professores diferentes avaliarem a criança nestas áreas de comportamento ou para um professor avaliar a criança muitas vezes durante o dia letivo. Descobrimos que quanto mais freqüentes as avaliações, mais eficaz será o retorno para as crianças, e mais informativo será o programa para você. O professor rubrica o fim da coluna após avaliar o desempenho da criança durante aquele período da classe, para evitar a fraude. Se levar para casa a atribuição correta da lição de casa é um problema para algumas crianças, o professor pode requerer que a criança copie a lição de casa para esse período da classe no verso do cartão antes de terminar as avaliações para o período. Desta maneira, o professor simples-

mente checa o verso do cartão para verificar a acurácia da criança na cópia da atribuição e depois completa as avaliações na frente do cartão. Para avaliações particularmente negativas, também encorajamos os professores a fazer uma breve explanação para os pais sobre o que resultou naquela nota negativa. Os professores avaliam as crianças usando um sistema de 5 pontos (1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório e 5 = muito insatisfatório).

Todos os dias a criança leva um novo cartão para a escola. Estes podem ser mantidos na escola e um novo cartão é entregue a cada manhã, ou você pode entregar o cartão para a criança quando ela sai para a escola, o que tem uma maior probabilidade de ser feito de modo mais consistente. Assim que a criança volta para casa, você deve olhar o cartão, discutir com seu filho primeiro as avaliações positivas, e depois prosseguir com uma discussão neutra, tipo conversa de negócios (não zangada!), sobre quaisquer notas negativas e a razão delas. Você deve então solicitar a seu filho que formule um plano para a melhor maneira de evitar ter uma nota negativa no dia seguinte. Você deve lembrar à criança este plano na manhã seguinte, antes de ela sair para a escola. Depois que a criança formula o plano, você deve recompensá-la com pontos para cada avaliação no cartão e deduzir pontos para cada nota negativa. Por exemplo, uma criança pequena da escola fundamental pode receber cinco fichas para um 1, três para um 2 e um para um 3, enquanto será penalizada com três fichas por um 4 e cinco fichas por um 5 no cartão. Com crianças mais velhas, os pontos podem ser 25, 15, 5, -15 e -25, respectivamente, para notas de 1 a 5 no cartão. As fichas ou pontos são então somados, as penalidades, subtraídas, e a criança pode então gastar o que resta destas fichas em privilégios no menu de recompensas doméstico.

Outro programa de cartão de relatório diário é fornecido para lidar com problemas de comportamento e relacionamento com os outros durante os períodos de recreio ou tempos livres durante o dia letivo. Mais uma vez, dois cartões são apresentados na página, para que você possa fazer cópias da página e cortar as páginas ao meio para dobrar o número de cartões. O cartão deve ser completado pelo professor que estiver encarregado do recreio em cada recreio ou tempo livre. Ele é inspecionado pelo professor da classe quando a criança volta para a sala e depois deve ser enviado para casa para ser usado, como foi dito, em um sistema de fichas/pontos doméstico. O professor da classe deve também ser instruído a usar um procedimento “pense alto – pense adiante” com a criança antes da criança sair para o recreio ou tempo livre. Neste procedimento, o professor (1) revê com a criança as regras para o comportamento adequado no recreio e observa que eles estão escritos no cartão, (2) lembra a criança de que está sendo observada pelo professor encarregado do recreio e (3) orienta a criança para entregar imediatamente o cartão ao monitor do recreio, a fim de que este possa avaliar o comportamento da criança durante o recreio ou o tempo livre.

Como esses cartões ilustram, virtualmente qualquer comportamento da criança pode ser visado para tratamento com o uso dos cartões de relatório do comportamento. Se os cartões aqui mostrados não forem adequados para os problemas de comportamento de seu filho na escola, planeje um novo cartão com a ajuda de seu terapeuta, usando os cartões em branco proporcionados no fim da seção. Eles não demoram muito tempo para serem criados e podem ser muito úteis na melhora do comportamento e do desempenho da criança na escola.

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avalie o comportamento desta criança hoje nas áreas a seguir listadas. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso do cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Participação na aula							
Desempenho no trabalho em classe							
Obediência às regras da classe							
Bom relacionamento com as outras crianças							
Qualidade da lição de casa, se houver							
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

----- Corte aqui após reproduzir -----

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avaliem o comportamento desta criança hoje nas áreas a seguir listadas. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Participação na aula							
Desempenho no trabalho em classe							
Obediência às regras da classe							
Bom relacionamento com as outras crianças							
Qualidade da lição de casa, se houver							
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avalie o comportamento desta criança hoje no recreio ou em outros tempos livres. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso do cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Mantém-se calmo; não empurra							
Não implica com os outros; não insulta nem humilha							
Segue as regras do recreio e do tempo livre							
Bom relacionamento com as outras crianças							
Não briga nem bate; não chuta nem dá socos							
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

----- Corte aqui após reproduzir -----

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avalie o comportamento desta criança hoje no recreio ou em outros tempos livres. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso do cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Mantém-se calmo; não empurra							
Não implica com os outros; não insulta nem humilha							
Segue as regras do recreio e do tempo livre							
Bom relacionamento com as outras crianças							
Não briga nem bate; não chuta nem dá socos							
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avalie o comportamento desta criança hoje nas áreas abaixo listadas. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso do cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

----- Corte aqui após reproduzir -----

Cartão de relatório diário do comportamento na escola

Nome da criança _____ Data _____

Professor: _____

Por favor, avalie o comportamento desta criança hoje nas áreas abaixo listadas. Use uma coluna separada para cada matéria ou período de aula. Use as seguintes avaliações: 1 = excelente, 2 = bom, 3 = razoável, 4 = insatisfatório, 5 = muito insatisfatório. Depois, rubrique o espaço no final da sua coluna. Acrescente comentários sobre o comportamento da criança hoje no verso do cartão.

Períodos de aula/matérias

Comportamentos a serem avaliados:	1	2	3	4	5	6	7
Rubrica do professor							

Coloque seus comentários no verso do cartão.

Dezoito grandes idéias para lidar com crianças ou adolescentes com TDAH

1. Reduzir os atrasos de tempo e comunicar o tempo.
 - Se possível, reduzir ao mínimo os tempos de espera.
 - Usar *timers*, relógios, controladores de tempo ou outros dispositivos que mostrem o tempo como algo físico quando houver limites de tempo para a realização de tarefas.
2. Comunicar informações importantes.
 - Colocar lembretes, dicas, sugestões e outras informações-chave em pontos críticos do local para lembrar à criança ou ao adolescente o que deve ser feito.
3. Comunicar a motivação (pensar “vencer/vencer”).
 - Usar sistemas de símbolos, programas de recompensa, privilégios ou outros reforçadores para ajudar a motivar a criança ou o adolescente com TDAH.
4. Comunicar a resolução do problema.
 - Tentar reduzir os problemas mentais a problemas físicos ou tarefas manuais, em que as peças do problema podem ser manualmente manipuladas para se encontrar soluções ou criar novas idéias.
5. Usar o retorno imediato.
 - Agir rapidamente após um comportamento para proporcionar imediato retorno positivo ou negativo.
6. Aumentar a freqüência das conseqüências.
 - Proporcionar mais retorno e conseqüências para o comportamento com mais freqüência do que é necessário para uma criança ou adolescente que não tenha TDAH.
7. Aumentar a responsabilidade em relação aos outros.
 - Fazer a criança ou o adolescente ser explicitamente responsável por alguém várias vezes durante o dia (ou durante a tarefa ou o local) quando coisas precisarem ser feitas.
8. Usar recompensas mais visíveis e artificiais.
 - As crianças e os adolescentes com TDAH necessitam de incentivos mais fortes para motivá-los a fazer o que os outros fazem com pouca motivação externa por parte de outras pessoas.
 - Você pode precisar usar recompensas de alimentos, brinquedos, privilégios, símbolos, dinheiro ou outros materiais para ajudar a motivá-los a trabalhar.
9. Mudar periodicamente as recompensas.
 - As pessoas com TDAH parecem se entediar mais facilmente com algumas recompensas; por isto, periodicamente, você pode precisar encontrar novas para manter o programa interessante.
10. Tocar mais, falar menos.
 - Quando você precisar dar uma instrução, aprovação ou reprimenda:
 - Vá até a criança ou o adolescente.
 - Toque-o na mão, no braço ou no ombro.
 - Olhe-o nos olhos.
 - Declare brevemente (!) o que quer lhe comunicar.
 - Depois encoraje a criança ou o adolescente a repetir o que você acabou de dizer.

11. Agir, não falar demais.
 - Proporcione conseqüências mais imediatas para lidar com o bom e o mau comportamento, em vez de ficar “falando sem parar no assunto”, resmungando ou fazendo longos discursos moralizadores sobre o problema.
12. Negociar, em vez de impor.
 - Seguir estes seis passos para uma negociação efetiva do problema.
 - Defina o problema: escreva-o e mantenha os membros da família informados da tarefa.
 - Gere uma lista de todas as possíveis soluções. Não são permitidas críticas neste estágio.
 - Depois que todas as soluções tiverem sido listadas, deixe cada pessoa criticar brevemente cada possibilidade.
 - Escolha a opção mais agradável.
 - Torne este um contrato de comportamento (todos os membros da família devem assiná-lo).
 - Estabeleça penalidades por quebra do contrato.
13. Conservar seu senso de humor.
 - Descubra o humor, a ironia, a frivolidade ou as coisas cômicas que acontecem na vida diária com as crianças ou os adolescentes e ria com seu filho sobre tais coisas.
14. Usar as recompensas antes da punição.
 - Você quer mudar um comportamento problemático?
 - Identifique o comportamento positivo ou pró-social que você quer para substituir o comportamento problemático.
 - Recompense generosamente (elogie, aprove) o novo comportamento toda vez que o observar.
 - Após uma semana fazendo isto, use uma punição leve (uma saída, a perda de um símbolo ou privilégio) quando o comportamento problemático alternativo ocorrer.
15. Antecipar os ambientes problemáticos (especialmente para crianças pequenas) e fazer um plano de transição:
 - Antes de iniciar uma nova atividade ou tarefa ou antes de entrar em um lugar novo, *pare!*
 - Reveja duas ou três regras que a criança precisa obedecer.
 - Faça a criança repetir estas regras.
 - Estabeleça um incentivo ou recompensa.
 - Estabeleça a punição que será usada.
 - Dê à criança algo ativo para fazer na tarefa ou no novo local.
 - Comece a tarefa (ou entre no novo local) e então siga seu plano.
 - Recompense durante toda a tarefa ou atividade.
16. Mantenha um senso de prioridades.
 - Segundo um dito popular, “Não se desgaste por pouco”. Grande parte do que pedimos às crianças ou aos adolescentes fazerem são coisas pouco importantes e tediosas no esquema maior de seu desenvolvimento.
 - Concentre seus esforços nas atividades ou tarefas importantes que mais importam a longo prazo (escola, relação com os pares, etc.), e não nas tarefas menores, menos importantes (limpar, catar coisas, etc.) que pouco contribuem para o desenvolvimento a longo prazo.
17. Mantenha uma perspectiva da deficiência.
 - O TDAH é um transtorno neurogenético; seu filho não escolheu ser assim.
18. Pratique o perdão (de seu filho ou de você mesmo ou dos outros que possam interpretar mal o comportamento de seu filho).

Grandes acomodações em classe para crianças ou adolescentes com TDAH

MANEJO DA CLASSE: CONSIDERAÇÕES BÁSICAS

- Não obrigue seu filho a repetir de ano! A pesquisa mostra que isto prejudica, não ajuda. Ao contrário, faça um plano de tratamento.
- Use as primeiras semanas do ano letivo para estabelecer o controle de seu comportamento.
- Reduza sua carga de trabalho total.
- Dê-lhe pequenas cotas de trabalho de cada vez, com interrupções frequentes (por exemplo, 5 problemas de cada vez, não 30).
- Use a disposição tradicional das carteiras (isto é, todas as carteiras voltadas para a área de ensino).
- Sente uma criança com TDAH perto da área de ensino, para permitir mais supervisão e fiscalização.
- Vise primeiro a produtividade (número de problemas tentados); depois, concentre-se na acurácia.
- Não mande para casa trabalho de classe inacabado.
- Dê atribuições de lição de casa semanais, para que os pais possam planejar sua semana em conformidade com isto.
- Reduza/elimine as lições de casa para crianças do ensino fundamental (a pesquisa não demonstra claramente que a lição de casa beneficia as crianças antes do ensino médio).
 - Se tiver de ser dada lição de casa, mantenha-a em um total de 10 minutos x a série na escola.
- Permita alguma inquietação na área de trabalho.
- Faça pausas frequentes para exercícios físicos.
- Providencie divisórias coloridas e outros sistemas de organização comerciais.
- Experimente usar o texto com codificação colorida, usando marca-textos para assinalar os pontos principais.
- Use o ensino participativo: Dê aos alunos algo que fazer para ajudá-lo enquanto ensina.
- Experimente usar lousas laminadas, não respostas impulsivas. Cada criança fica com um quadro branco e uma caneta hidrográfica, e quando as perguntas são feitas, todos escrevem a resposta em seu quadro e o levantam no ar. Só chame algum aluno depois que *todos* os quadros tiverem sido levantados.
- Chame uma lição de casa de “colega de estudo”.
 - Use um “colega tutor” fora da escola (ver adiante).
- Intercale as atividades de baixa atratividade com as de alta atratividade para manter o nível de interesse.
- Seja mais animado, teatral e dramático quando ensinar (torne seu ensino interessante!).
- Quando falar com uma criança com TDAH, toque nela (coloque uma mão na mão, no braço ou no ombro da criança).
- Programe as matérias mais difíceis para os primeiros períodos do dia letivo.
- Use ensino direto, aprendizagem programada ou materiais de ensino extremamente estruturados.

- Faça a criança preestabelecer objetivos de trabalho (“Quantos problemas você pode fazer para mim?”).
- Providencie o mais cedo possível o uso do teclado e do processador de texto.
- Requeira anotações contínuas durante as aulas expositivas e durante a leitura.

TUTORIA DOS PARES

- Crie e distribua materiais (apostilas de trabalho).
- Ensine à classe novos conceitos e habilidades.
- Proporcione instruções iniciais para o trabalho a ser feito.
- Divida a classe em díades (duplas).
- Faça um aluno ser o tutor e testar o outro.
- Circule, supervisione e treine as duplas.
- Alterne os papéis (tutor vs. aluno) na dupla.
- Agrupe semanalmente os alunos em novas duplas.
- Faça um gráfico e coloque em um quadro os resultados dos testes.

MANEJO DA CLASSE: AUMENTANDO OS INCENTIVOS

- Aumente os elogios, a aprovação e a apreciação.
 - Faça muitos elogios curtos durante o dia.
- Use um sistema de símbolos ou pontos para organizar as conseqüências.
- Consiga que os pais enviem jogos e brinquedos usados para aumentar o suprimento da classe.
- Consiga que um videogame seja doado à classe.
- Experimente recompensas baseadas em equipes (quatro ou cinco alunos por equipe; as equipes competem).
- Experimente uma fita de áudio com auto-recompensas.
 - Crie uma fita de áudio com um programa de sons freqüentes em intervalos variáveis.
 - Diga aos alunos que quando os sons soarem quando eles tiverem fazendo o trabalho em suas carteiras, eles devem se auto-avaliar e então se auto-recompensar com um ponto se estiverem trabalhando quando o som soar.
- Permita freqüentemente o acesso a recompensas (diariamente ou com maior freqüência).
- Mantenha a proporção entre recompensa e punição em 2:1 ou maior, de forma que a classe permaneça sendo gratificante, e não punitiva.
- Considere o uso de um cartão de relatório diário do comportamento.

COLOCANDO REGRAS E TEMPO EM FORMAS FÍSICAS

- Afixe as regras em cartazes para cada período de trabalho.
- Crie um sinal de parada com três lados com as regras da classe para as crianças pequenas:
 - Vermelho = leitura; amarelo = trabalho na carteira, verde = jogo livre.
- Coloque conjuntos de cartões laminados coloridos nas carteiras, com um conjunto de regras para cada matéria ou atividade em classe.

- Faça a criança recordar as regras no início de cada atividade.
- Faça a criança usar auto-instrução vocal em voz baixa durante o trabalho.
- Crie “*nag tapes*” (encorajamento gravado do pai ou da mãe com lembretes de regras para o comportamento durante a tarefa); a criança pode ouvi-las durante o trabalho na carteira.
- Use *timers*, relógios, indicações de tempo gravadas ou outros dispositivos para mostrar quanto tempo as crianças ainda têm para realizar uma atividade.

TREINANDO A AUTOCONSCIÊNCIA

- Faça a criança registrar a produtividade no trabalho em uma tabela ou gráfico diário colocados em uma exposição pública.
- Faça a criança se auto-avaliar em um cartão de conduta diário.
- Sugira à criança se automonitorar dizendo “Tartaruga”. Ao ouvir esta palavra:
 - A criança pára o que está fazendo, juntando as mãos e as pernas.
 - A criança lentamente passa os olhos pela classe.
 - A criança se pergunta, “O que me disseram para fazer?”
- A criança retorna à tarefa designada.
- Faça a criança usar um dispositivo de aviso tátil, o MotivAider (uma pequena caixa vibratória com um *timer* digital embutido; disponível em <http://addwarehouse.com>, sob o título de “Training”). Marque o *timer* para avisar à criança periodicamente para prestar atenção.
- Use avisos confidenciais não-verbais para adolescentes (por exemplo, diga-lhes que, se você deixar cair um clipe de papel ao lado de sua carteira, isso não foi acidente). Para eles, é um aviso para prestar atenção em você.
- Em casos graves, considere gravar em vídeo a criança na classe para semanalmente dar suporte à sessão com o psicólogo da escola.

POSSÍVEIS MÉTODOS DE PUNIÇÃO

- Cheque com o diretor da escola sobre as políticas de punição do distrito!
- Personalize reprimendas leves, privadas e diretas (ir até a criança, tocar a criança no braço ou no ombro, fazer uma declaração corretiva breve).
- A chamada de atenção imediata é a chave da disciplina: Acelere a justiça! O que faz a punição funcionar é a velocidade com que ela é implementada após o comportamento inadequado.
- Experimente o procedimento “Faça uma tarefa”:
 - Coloque uma carteira no fundo da classe com folhas de exercícios empilhadas sobre ela.
 - Quando uma criança comportar-se mal, diga-lhe que o que ela fez de errado e lhe dê um número.
 - A criança vai até a carteira e faz aquele número de exercícios durante um intervalo de tempo.
 - Quando o trabalho é feito, a criança o coloca sobre a mesa do professor e volta a sua carteira habitual.
- Use o custo da resposta (a perda de símbolos ou de um privilégio ligado ao mau comportamento).
- Designe ensaios morais: Faça a criança escrever “Por que eu não devo ... [por exemplo, “bater nos outros colegas].”
- Estabeleça um local de “esfriamento” para readquirir o controle emocional.

- Somente em casos graves use as suspensões da escola ou as expulsões de classe para os alunos com transtornos comportamentais/emocionais.

MANEJO DA CLASSE: DICAS PARA ADOLESCENTES

- Considere o uso de medicação para os dias letivos (faça os pais gratifiquem os adolescentes por dia, caso necessário).
- Encontre um “treinador” ou “mentor” na escola que possa reservar apenas 15 minutos para ajudar um adolescente.
 - A sala do treinador é o “armário trancado” do aluno.
 - Programe *check-ups* de cinco minutos durante cada dia letivo: o adolescente vai até o treinador nesse tempo para rever o dia letivo, a folha de atribuições e o cartão de relatório diário do comportamento, e o treinador tem com ele uma conversa motivadora para estimulá-lo até o próximo *check-up*.
- Identifique uma “ligação do TDAH” na equipe da escola, para servir como um intermediário nas questões entre os pais e a escola.
- Use as folhas de atribuição diária para registrar a lição de casa.
- Use um cartão de comportamento escolar diário ou semanal (com uma possível passagem para a auto-avaliação após duas semanas com boa avaliação).
- Faça o adolescente ter sempre em casa um conjunto extra de livros.
- Encoraje o adolescente a aprender digitação e o uso do teclado do computador.
- Grave as aulas importantes para o adolescente ouvir mais tarde quando estiver estudando.
- Sugira o sistema de recompensa em dinheiro (boas notas = R\$ dos pais).
- Programe as aulas mais difíceis para as primeiras horas do dia.
- Alterne as aulas obrigatórias com as escolhidas.
- Não há evidência de que permitir um tempo extra para os testes com tempo marcado seja de alguma utilidade; é melhor ter um local de teste isento de fatores de distração.
- Permita que o adolescente ouça música enquanto faz a lição de casa.
- Coloque resumos escritos nas apostilas para rever e estudar.
- Requeira que o adolescente faça anotações em classe, enquanto está lendo, para ajudá-lo a prestar atenção.
- Faça o adolescente aprender o sistema “SQ4R” para estimular a compreensão da leitura:
 - Primeiro, faça um levantamento do material e das perguntas esboçadas.
 - Depois leia, recite, escreva e reveja após cada parágrafo.
 - Experimente a tutoria dos pares na classe.
 - Encoraje o adolescente a “estudar com um colega” depois da escola.
 - Encontre colegas de classe *fall-back* (que trocaram números de telefone, e-mail e fax) para folhas de atribuição perdidas ou esquecidas.
 - Convença o adolescente a freqüentar sessões de ajuda após a escola quando estas estiverem disponíveis.
- Programe encontros de revisão de pais e professores com o adolescente a cada seis semanas (não no período de classificação de nove semanas).

Formulários para a avaliação de adultos

Instruções para os formulários para adultos

Os formulários contidos nesta seção destinam-se a ser usados na avaliação de adultos para TDAH. Antes de utilizar estes instrumentos em sua prática profissional, recomendamos que se familiarize com o capítulo sobre a avaliação de adultos de autoria de Kevin R. Murphy, Ph.D., e Michael Gordon, Ph.D., no texto de Barkley, *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (Artmed, 2008).

Após solicitações de uma avaliação, você pode querer enviar os formulários a seguir para serem completados por clientes adultos preocupados com o TDAH antes de sua consulta programada. Na verdade, recomendamos-lhe estipular que estas escalas sejam completadas e devolvidas antes de você marcar esta consulta para o paciente (a menos, é claro, que esteja trabalhando em um local de atendimento ambulatorial): os formulários de História Desenvolvimental, Ocupacional, de Saúde e Social; a Escala dos Sintomas Atuais – Formulário de Auto-Relato; a Escala de Sintomas na Infância – Formulário de Auto-Relato; e a Escala de Avaliação do Desempenho no Trabalho – Formulário de Auto-Relato. Os formulários dos Sintomas Atuais e dos Sintomas na Infância avaliam os sintomas do TDAH atual e retrospectivamente na infância, a partir da perspectiva do cliente. As normas e instruções de avaliação para estes auto-relatos dos sintomas do TDAH estão apresentados a seguir.

Quando um cliente o contata para uma avaliação, recomendamos-lhe que imediatamente obtenha sua permissão para enviar a Escala dos Sintomas Atuais – Formulário para Relato de Outra Pessoa para alguém que conheça bem o cliente atualmente, como o cônjuge, o parceiro que vive com ele, pai ou mãe, irmão ou irmã ou amigo íntimo em quem o cliente confie para

apresentar um relato correto da situação atual. Além disto, recomendamos enfaticamente que você envie tanto a Escala dos Sintomas na Infância – Formulário para Relato de Outra Pessoa quanto a Escala de Desempenho na Escola na Infância – Formulário para Relato de Outra Pessoa para alguém que tenha conhecido bem o cliente quando criança. De preferência, se possível este deverá ser seu pai ou sua mãe. Do contrário, um irmão ou amigo íntimo desde a infância podem bastar. Embora não haja disponibilidade de normas para estes formulários quando completados por outras pessoas, os formulários podem ainda produzir uma veia de informações clinicamente rica sobre o cliente e proporcionam as informações corroborativas essenciais na avaliação de adultos para TDAH.

Também está contido nesta parte do livro de exercícios um formulário de entrevista que você pode desejar empregar em sua entrevista clínica com o cliente. Ele contém a maior parte das informações que buscamos de nossos próprios clientes. Embora ele não cubra todos os transtornos do Eixo I do DSM-IV-TR que um adulto pode experimentar, cobre aqueles transtornos que ocorrem mais freqüentemente em adultos com TDAH.

PONTUANDO A ESCALA DOS SINTOMAS ATUAIS – FORMULÁRIO PARA AUTO-RELATO

Esta escala contém os 18 itens para o TDAH do DSM-IV-TR, colocados na forma de uma escala de avaliação de auto-relato. Estes compreendem a primeira página da escala. Nas últimas páginas, a escala contém também perguntas relacionadas à idade do início dos sintomas e às áreas em que o cliente acredita que os sintomas estão conduzindo a dificuldades nas principais atividades da vida. No fim da escala, estão os oito itens do transtorno desafiador de oposição (TDO) do DSM-IV-TR. Descobrimos que muitos adultos que podem ter tido este transtorno quando criança, juntamente com seu TDAH, podem reter parte de seu padrão de comportamento hostil/desafiador até a vida adulta. Assim, acreditamos ser importante reunir informações sobre tais sintomas, pois é possível que parte das dificuldades que o indivíduo pode estar experimentando nas relações interpessoais e no emprego originem-se da presença continuada destes sintomas na idade adulta.

Reunimos algumas normas locais para os adultos que residem na região central de Massachusetts, baseados em uma amostra de conveniência de 720 sujeitos que estão renovando suas licenças de motorista. Quando coletamos estas normas, foi requerido que todos os motoristas de Massachusetts renovassem suas licenças pessoalmente, tornando este método de coleta de dados um meio adequado de conseguir uma amostra relativamente re-

representativa dos adultos desta área. Para mais informações sobre este estudo, ver Murphy e Barkley (1996b). O leitor está, assim, ciente de que estas normas podem não ser representativas de outras regiões geográficas. Não obstante, como ainda não estão disponíveis essas normas para outros Estados, os dados aqui apresentados podem ser usados pelo menos para proporcionar uma indicação muito grosseira de até que ponto seu cliente pode ser desviante nessas escalas, pelo menos em comparação com nossa área geográfica.

Três abordagens podem ser utilizadas para avaliar esta escala. Recomendamos que você examine todas elas, pois cada abordagem tem suas próprias limitações.

Contagem dos sintomas comparada com os critérios do DSM-IV-TR

Os 18 sintomas para o TDAH estão dispostos nesta escala de tal forma que os itens pertencentes à desatenção são os ímpares (1, 3, 5, 7 ...) e aqueles que pertencem aos sintomas hiperativos-impulsivos são os pares (2, 4, 6, 8 ...). Estas duas listas de sintomas devem ser pontuadas separadamente, não importando quais destas abordagens você esteja usando para analisar esta escala de avaliação. Conte simplesmente o número de itens que foram respondidos com 2 (freqüentemente) ou 3 (muito freqüentemente) para os itens de desatenção (números ímpares). Se forem seis ou mais, esta pontuação pode ser considerada clinicamente significativa, pois excede o limiar recomendado de seis entre nove sintomas para a lista apresentada no DSM-IV-TR. Agora faça o mesmo para os itens dos sintomas hiperativos-impulsivos (números pares). Além disto, se a pontuação for seis ou mais, isto corresponde ao limiar do DSM-IV-TR de seis entre nove sintomas para esta lista de sintomas. Os indivíduos que só satisfazem o limiar para uma destas listas podem possivelmente ter aquele subtipo de TDAH (predominantemente desatento ou predominantemente hiperativo-impulsivo). Aqueles que satisfazem os critérios para estas duas listas podem possivelmente ter o subtipo chamado de combinado. É claro que uma pontuação apenas em uma escala de avaliação não é suficiente para formular um diagnóstico clínico de TDAH, mas essas pontuações podem ser consistentes com a presença deste transtorno, sugerindo a indicação de outras avaliações clínicas para o mesmo. No mínimo, estas pontuações indicam que o agrupamento de sintomas de TDAH é mais problemático para este cliente (comportamento de desatenção e/ou hiperativo-impulsivo).

Para os oito sintomas que representam o TDO apresentados no final desta escala de avaliação, você pode seguir a mesma abordagem. Conte o número de itens respondidos com 2 ou 3. Se forem quatro ou mais, isto excede o limiar do DSM-IV-TR para este transtorno.

Esta abordagem de pontuação indica se o cliente satisfaz ou excede os limiares recomendados do DSM-IV-TR para cada uma destas listas de sintomas. Entretanto, alguma cautela é recomendada na interpretação das pontuações que não satisfazem ou excedem este limiar de seis-de-nove para o TDAH ou de quatro-de-oito para o TDO. Essas pontuações não refletem necessariamente o funcionamento normal, nem descartam a presença de algum destes transtornos. Isto porque os limiares do DSM-IV-TR foram desenvolvidos em crianças (4 a 6 anos) e podem não ser tão sensíveis a cada transtorno como em adultos. Nossa pesquisa sugere que os limiares do DSM-IV-TR podem ser explicitamente restritivos ou excessivamente desviantes para adultos, representando um limiar que é bem mais desviante com relação aos adultos do que o é em relação às crianças. Por isto recomendamos que você experimente também as duas abordagens de pontuação que apresentamos.

Contagem de sintomas relativas às normas para adultos

Nesta abordagem, pontue a escala de avaliação exatamente da mesma maneira como apresentamos anteriormente. Depois, consulte a tabela de normas que a acompanha para ver se o número de sintomas para cada lista (sintomas de desatenção, hiperativos-impulsivos, TDO) satisfaz ou excede o limiar dos desvios padrão de 1,5 (+ 1,5 DP) acima da média para a faixa etária do cliente). Esta pontuação pode ser encontrada na coluna da tabela intitulada + 1,5 DP. Este limiar representa aproximadamente o percentual de 93 e é com frequência usado como uma indicação se uma pontuação em uma escala de avaliação é clinicamente significativa. Homens e mulheres estão incluídos juntos nesta tabela de normas, pois não encontramos diferenças significativas como uma função do gênero em nosso estudo desta amostra de adultos. Devido aos pequenos tamanhos das amostras para adultos com mais de 50 anos nestas tabelas, tenha muita cautela na interpretação destes limiares como indicações de desvio.

Esta abordagem de pontuação vai lhe dizer se o paciente está experimentando mais sintomas do que a população adulta em geral (pelo menos aquela da nossa região). Infelizmente, esta abordagem perde algumas informações valiosas, pois ignora quaisquer sintomas respondidos com 1 (às vezes). Mas os pesquisadores vieram a reconhecer que cada uma das duas listas de sintomas para o TDAH (e mesmo aquela para o TDO, provavelmente) representa uma dimensão do comportamento. Para captar melhor esta natureza dimensional do comportamento, todas as respostas para os itens da escala devem ser utilizadas. Por isto recomendamos que use também a abordagem de pontuação a seguir.

Médias, desvios padrão e limiares de desvio (+ 1,5 dp) por faixa etária para as contagens de sintomas positivos de TDAH e TDO para os sintomas atuais distribuídos entre os gêneros

Sintoma	Idade (em anos)	Média	DP	+ 1,5 DP corte	N
Desatenção	17-29	1,3	1,8	4,0	275
Desatenção	30-49	0,9	1,6	3,3	316
Desatenção	50+	0,4	1,0	1,9	90
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	17-29	2,1	2,0	5,1	276
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	30-49	1,5	1,8	4,2	309
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	50+	0,8	1,3	2,8	93
Pontuação total de TDAH	17-29	3,3	3,5	8,6	266
Pontuação total de TDAH	30-49	2,3	2,9	6,7	299
Pontuação total de TDAH	50+	1,2	2,0	4,2	87
Pontuação de TDO	17-29	1,2	1,8	3,9	271
Pontuação de TDO	30-49	0,6	1,4	2,7	308
Pontuação de TDO	50+	0,2	0,9	1,6	91

Nota: N, tamanho da amostra; DP, desvio padrão.

Pontuações resumidas comparadas com as normas para adultos

Em vez de simplesmente contar os sintomas (itens que foram respondidos com 2 ou 3), nesta abordagem você acrescenta a pontuação total que o indivíduo atinge em cada uma das três listas de sintomas (desatenção, sintomas hiperativos-compulsivos, TDO) em todos os itens respondidos na lista. Em outras palavras, some todos os itens respondidos com 1, 2 ou 3. Agora, compare as pontuações resumidas em cada lista com a tabela que a acompanha das normas da nossa região para a faixa etária do seu cliente. Além disto, use a pontuação indicada na coluna marcada com +1,5 DP como uma indicação de significância clínica.

Você pode achar que os adultos não satisfazem necessariamente o limiar recomendado pelo DSM-IV-TR usado na primeira abordagem para satisfazer ou exceder cada um dos limiares clinicamente significantes mostrados nas segunda ou terceira abordagens.

Médias, desvios padrão e limiares de desvio (+ 1,5 DP) por faixa etária para as pontuações resumidas de TDAH e TDO para os sintomas atuais distribuídos entre os gêneros

Sintoma	Idade (em anos)	Média	DP	+ 1,5 DP corte	N
Desatenção	17-29	6,3	4,7	13,4	275
Desatenção	30-49	5,5	4,4	12,1	316
Desatenção	50+	4,5	3,3	9,5	90
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	17-29	8,5	4,7	15,6	276
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	30-49	6,7	4,3	13,2	309
Sintomas Hiperativos-Impulsivos	50+	5,1	3,2	9,9	93
Pontuação total de TDAH	17-29	14,7	8,7	27,8	266
Pontuação total de TDAH	30-49	12,0	7,8	23,7	299
Pontuação total de TDAH	50+	8,5	5,8	18,2	87
Pontuação de TDO	17-29	6,1	4,7	13,2	271
Pontuação de TDO	30-49	4,1	3,9	10,3	308
Pontuação de TDO	50+	3,1	2,9	7,5	91

Nota: N, tamanho da amostra; DP, desvio padrão.

PONTUANDO A ESCALA DOS SINTOMAS NA INFÂNCIA – FORMULÁRIO PARA AUTO-RELATO

Siga também para esta escala as mesmas três abordagens de pontuação anteriormente recomendadas. Os resultados vão lhe dizer se os clientes satisfizeram ou excederam os limiares clinicamente significativos em quaisquer das abordagens para sua lembrança retrospectiva de seus anos de infância (5 a 12 anos). Lembre-se de que o diagnóstico de TDAH requer não apenas que os pacientes tenham níveis clinicamente significativos (desenvolvimentalmente inadequados) de sintomas atuais de TDAH, mas que também tenham tido sintomas clinicamente significativos na infância. Este é o propósito desta segunda escala – ajudar a determinar se os sintomas desenvolvimentalmente inadequados podem ter estado presentes na infância, pelo menos segundo um auto-relato do cliente.

As tabelas apresentam as normas para nossa região geográfica para a segunda (contagens de sintomas comparados com as normas) e a terceira (pontuações resumidas comparadas com as normas) abordagens de pontuação discutidas anteriormente aplicadas ao formulário de lembrança da infância desta escala de avaliação. Observe aqui que as normas para os homens e as mulheres são apresentadas separadamente nas tabelas. Isto é feito porque o estudo do qual estes dados são derivados encontrou importantes diferenças entre os gêneros na lembrança dos sintomas na infância, ainda que tais diferenças não fossem importantes no relato dos sintomas atuais.

PONTUANDO AS ESCALAS DOS SINTOMAS NA INFÂNCIA – FORMULÁRIOS PARA OUTROS RELATOS

Estas duas escalas são completadas por alguém que conheceu bem o paciente, seja atualmente (para a Escala dos Sintomas Atuais) seja quando criança (para a Escala dos Sintomas na Infância). Não coletamos normas para estas escalas completadas por outras pessoas sobre um paciente, por isto a única abordagem de pontuação possível aqui é a primeira abordagem já descrita (contagem de sintomas comparada com os limiares do DSM-IV-TR). Tenha em mente que o mesmo problema pode afetar esta abordagem da contagem para tais escalas, como afetou os formulários de auto-relato destas escalas: os limites do DSM-IV-TR podem ser excessivamente restritivos (conservadores demais) quando aplicados a adultos. Seja como for, use estas escalas principalmente para obter informações que confirmem a presença e o grau de sintomas de TDAH experimentados pelo cliente nestes dois pontos no tempo.

Médias, desvios padrão e limiares de desvio (+ 1,5 DP) por faixa etária e gênero para as contagens de sintomas positivos para as listas de sintomas de TDAH e TDO para a lembrança retrospectiva dos sintomas na infância

Sintoma	Idade (em anos)	Homens				Mulheres			
		Média	DP	+1,5 DP	//	Média	DP	+1,5 DP	//
Desatenção	17-29	3,3	2,8	7,5	175	1,9	2,7	6,0	99
Desatenção	30-49	2,2	2,5	6,0	182	1,7	2,6	5,6	133
Desatenção	50+	0,7	1,4	2,8	55	0,2	0,7	1,3	38
Sintomas Hip.-Impulsivos	17-29	3,1	2,7	7,2	174	2,5	2,5	6,3	100
Sintomas Hip.-Impulsivos	30-49	2,2	2,5	6,0	181	1,4	2,0	4,4	135
Sintomas Hip.-Impulsivos	50+	0,9	1,5	3,2	55	0,4	0,8	1,6	39
Pontuação total de TDAH	17-29	6,4	5,1	14,1	173	4,5	4,9	11,9	96
Pontuação total de TDAH	30-49	4,4	4,7	11,5	177	3,1	4,3	9,6	129
Pontuação total de TDAH	50+	1,6	2,2	4,9	54	0,5	1,1	2,2	37
Pontuação de TDO	17-29	2,8	2,7	6,9	171	1,9	2,4	5,5	102
Pontuação de TDO	30-49	1,6	2,4	5,2	178	1,0	2,0	4,0	133
Pontuação de TDO	50+	0,5	1,2	2,3	54	0,2	1,0	1,7	39

Nota: N, tamanho da amostra; DP, desvio padrão.

Médias, desvios padrão e limiares de desvio (+ 1,5 DP) por faixa etária e gênero para as pontuações resumidas de TDAH e TDO para a lembrança retrospectiva dos sintomas na infância

Sintoma	Idade (em anos)	Homens				Mulheres			
		Média	DP	+1,5 DP	//	Média	DP	+1,5 DP	//
Desatenção	17-29	11,1	6,0	7,5	175	8,2	5,9	17,1	99
Desatenção	30-49	8,9	5,6	6,0	182	7,2	6,1	16,4	133
Desatenção	50+	6,1	4,0	2,8	55	3,5	3,1	8,2	38
Sintomas Hip.-Impulsivos	17-29	10,7	6,0	7,2	174	9,0	6,0	18,0	100
Sintomas Hip.-Impulsivos	30-49	8,4	5,6	6,0	181	6,0	5,1	13,7	135
Sintomas Hip.-Impulsivos	50+	5,6	3,4	3,2	55	3,3	2,7	7,4	39
Pontuação total de TDAH	17-29	21,8	11,3	14,1	173	17,3	11,4	34,4	96
Pontuação total de TDAH	30-49	17,3	10,4	11,5	177	13,2	10,8	29,4	129
Pontuação total de TDAH	50+	11,6	6,2	4,9	54	6,3	4,5	13,1	37
Pontuação de TDO	17-29	9,3	6,1	6,9	171	7,2	5,9	16,1	102
Pontuação de TDO	30-49	6,9	2,4	5,5	178	4,8	4,9	12,2	133
Pontuação de TDO	50+	3,9	1,2	3,6	54	2,4	3,1	7,1	39

Nota: N, tamanho da amostra; DP, desvio padrão.

AVALIANDO OS RISCOS AO DIRIGIR: A HISTÓRIA NA DIREÇÃO E AS PESQUISAS DO COMPORTAMENTO NA DIREÇÃO

Em uma das primeiras investigações longitudinais de crianças hiperativas acompanhadas até a idade adulta, Weiss e colaboradores (1979) descobri-

ram que, como adolescentes e como adultos jovens, os indivíduos com hiperatividade tinham maior probabilidade de estar envolvidos em acidentes de trânsito como motoristas do que seus pares não-hiperativos. Eles também tinham maior probabilidade de provocar maiores danos a seus veículos do que os controles não-hiperativos (Hechtman et al., 1981). Estes riscos de direção para vários resultados adversos têm sido agora repetidamente documentados em uma série de estudos realizados por Barkley e colaboradores, assim como por outros investigadores (ver Barkley, 2004, para uma revisão). Para ajudar os clínicos a avaliar os potenciais riscos da direção entre adolescentes e adultos com TDAH, apresentamos aqui três formulários de pesquisa que foram usados em todos os estudos anteriores realizados por Barkley.

As pesquisas apresentam simplesmente um meio conveniente de se obterem auto-relatos dos pacientes de sua história na direção os resultados adversos da direção que podem ter experimentado. Sua pontuação é auto-evidente.

As duas escalas da Pesquisa do Comportamento na Direção estão entre as medidas clínicas mais úteis para avaliar o risco potencial para acidentes e multas de trânsito. Cada escala contém 26 itens que avaliam os comportamentos e as habilidades na direção de uma pessoa com TDAH, incluindo frear de modo adequado nos cruzamentos, dirigir em velocidade permitida, manter o som em um volume razoavelmente baixo, usar os espelhos corretamente, permanecer a uma distância segura de outros veículos e assim por diante. Cada item é avaliado em uma escala de Likert de 1-4 (nunca, às vezes, freqüentemente ou muito freqüentemente). A pontuação é simplesmente a soma de todas as respostas dadas a todos os itens. Um item final apresenta uma oportunidade para o respondente fazer um julgamento global de seu desempenho na direção (ou aquele da pessoa com TDAH, no caso do Formulário para Relato de Outra Pessoa) com relação à média da população que dirige.

As pontuações totais mais elevadas nestas escalas de 26 itens refletem um melhor comportamento na direção e no uso de hábitos de direção adequados. Vários estudos anteriores (Barkley et al., 1993; Barkley et al., 1996; Barkley et al., 2002) usando estas escalas encontraram importantes diferenças de grupo entre adolescentes ou adultos jovens com TDAH e grupo-controle normais, tanto nas auto-avaliações quanto nas avaliações destes mesmos participantes por seus pais ou por outros que sabiam que seus participantes dirigem bem (por exemplo, cônjuges, amigos). Barkley e colaboradores (1993) também descobriram que as avaliações dos pais nesta escala estavam significativamente associadas com o número de multas de trânsito passadas recebidas ($r = -0,48$) e com o número de batidas de veículos por parte dos participantes ($r = -0,56$). A confiabilidade da escala (coeficiente alfa) em uma amostra anterior da população geral de 137

adultos foi 0,81. Na mesma amostra, os auto-relatos correlacionaram em 0,63 ($p < 0,001$) com os relatos de outras pessoas que sabiam que os participantes eram bons motoristas.

As pontuações de 76 ou menos na Pesquisa do Comportamento na Direção – Formulário para Auto-Relato representaram 1,5 desvios padrão abaixo da média e dos 8% inferiores de uma amostra de população geral de adultos ($N = 137$; média de idade = 37 anos, extensão 18-74) examinada em nosso laboratório de direção. Essas pontuações podem servir como uma diretriz grosseira para determinar riscos de direção importantes. Uma pontuação de 72 ou menos representou o limiar de 1,5 desvio padrão abaixo da média para esta mesma amostra no Formulário para Relato de Outra Pesquisa da História na Direção, o número médio de total de multas para a amostra foi de 6,3 (DP = 8), e por isso a pontuação de 1,5 desvios padrão acima da média que poderia ser considerada clinicamente significativa foi 18. Isto representou o percentual de 94 para esta amostra da população geral. O número médio das batidas de veículos da amostra foi 2,7 (DP = 0,87), razão pela qual uma frequência de batidas de quatro ou mais colocaria um paciente 1,5 desvio padrão acima da média. O total de batidas de três ou mais colocaria o paciente acima do percentual de 80 para esta amostra.

Felizmente, estudos recentes mostram que estimulantes podem ajudar a melhorar estes problemas de desempenho na direção (Barkley et al., 2005; Cox et al., no prelo). O ideal é que esta melhora se traduza em riscos reduzidos para resultados adversos relacionados à direção (batidas, multas, cassação da licença, etc.). Estas escalas podem ser úteis na avaliação dos efeitos dos tratamentos de medicação no desempenho na direção em sua prática clínica.

OUTROS FORMULÁRIOS PARA ADULTOS

Uma questão de crescente importância na avaliação de adultos com possível TDAH é documentar se sua incapacidade corresponde à definição de transtorno contida no Ato dos Americanos com Incapacidades (American with Disabilities Act – ADA), de forma que eles podem se qualificar para várias proteções e acomodações reivindicadas pelo ADA. Problemas na Documentação do TDAH, como Transtorno no Ato dos Americanos com Incapacidades são um *checklist* que permite aos clínicos determinar se a documentação que estão apresentando para os pacientes satisfaz as exigências do ADA e, assim, para facilitar o processo de revisão do ADA. Finalmente, o Conselho Prático para Enfrentar o TDAH na Idade Adulta é um folheto de recomendações de comportamento que os clínicos podem compartilhar com os pacientes adultos.

REFERÊNCIAS

- Barkley, R.A. (2004). Driving impairments in teens and young adults with ADHD. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 233-260.
- Barkley, R.A., Guevremont, D.G., Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J. & Shelton, T.L. (1993). Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics*, 113, 212-218.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., DuPaul, G.J. & Bush, T. (2002). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 655-672.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving performance and risks in young adults with ADHD. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., O'Connell, T. & Connor, D.F. (2005). Effects of two doses of methylphenidate on simulator driving performance in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Safety Research*, 36, 121-131.
- Cox, D.J., Humphrey, J.W., Merkel, R.L., Penberthy, J.K., & Kovatchev, B. (no prelo). OROS® methylphenidate's benefit to on-road driving performance of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of the American Board of Family Practice*.
- Cox, D.J., Merkel, R.L., Hill, R.J., Kovatchev, B. & Seward, R. (2000). Effects of stimulant medication on driving performance of young adults with attention deficit/hyperactivity disorder: A preliminary double blind placebo controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 230-234.
- Cox, D.J., Merkel, R.L., Penberthy, J.K., Kovatchev, B. & Hankin, C.S. (2004). Impact of methylphenidate delivery profiles on driving performance of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 269-275.
- Hetchman, L., Weiss, G., Perlman, T. & Tuck, D. (1981). Hyperactives as young adults: Various clinical outcomes. *Adolescent Psychiatry*, 9, 295-306.
- Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM-IV ADHD symptoms in an adult community sample of licensed drivers. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.
- Weiss, G., Hechtman, L., Perlman, T., Hopkins, J. & Wener, A. (1979). Hyperactives as young adults: A controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 675-681.

História desenvolvimental

Nome _____ Data _____

1. Tanto quanto você saiba, sua mãe teve algum problema na gravidez quando estava esperando você?
Se teve, por favor dê detalhes: Sim Não

2. Houve algum problema associado a seu parto?
Se houve, por favor dê detalhes: Sim Não

3. Sua mãe usou álcool ou outras drogas durante a gravidez?
Se usou, por favor dê detalhes: Sim Não

4. Sua mãe fumou cigarros durante a gravidez?
Se fumou, por favor dê alguns detalhes: Sim Não

5. Você teve algum atraso importante em seu desenvolvimento?
(isto é, para andar, falar ou ficar sentado ereto)
Se teve, por favor dê detalhes: Sim Não

6. Você teve alguma doença grave ou cirurgia importante na infância?
Se teve, por favor dê detalhes: Sim Não

7. Você teve algum problema para se relacionar com outras crianças durante a infância? Sim Não

Por favor, coloque uma marca ao lado dos itens seguintes com os quais você acredita ter tido dificuldades quando criança:

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desafiador | <input type="checkbox"/> Agressivo | <input type="checkbox"/> Teimoso | <input type="checkbox"/> Destrutivo |
| <input type="checkbox"/> Hiperativo | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Desatento | <input type="checkbox"/> Distraído |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Medroso | <input type="checkbox"/> Mentir | <input type="checkbox"/> Roubar | <input type="checkbox"/> Brigar |
| <input type="checkbox"/> Aprender | <input type="checkbox"/> Linguagem | <input type="checkbox"/> Memória | <input type="checkbox"/> Habilidades motoras |
| <input type="checkbox"/> Dormir | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Treinamento do uso do banheiro | |
| <input type="checkbox"/> Idéias estranhas (explicar): | | | |

História ocupacional

Nome _____ Data _____

1. Qual é sua situação ocupacional atual (marque um)?

a) Tempo integral	c) Desempregado	e) Dona de casa
b) Tempo parcial	d) Estudante	f) Incapacitado
2. Qual é sua ocupação atual? _____
3. Quem é seu atual empregador? _____
4. Há quanto tempo você trabalha em seu emprego atual? _____ anos.
5. Por favor, dê-nos sua história de empregos anteriores até terminar sua educação:

Profissão	Tempo no emprego (anos)	Motivo da saída

6. Qual foi o máximo de tempo que você permaneceu em um emprego? _____
7. Você já foi despedido de um emprego? Sim Não
 Se já foi, de quantos empregos você já foi despedido ou solicitado a sair por seu empregador? _____
8. Você prestou serviço militar? Sim Não
 Se prestou, por favor dê detalhes: _____
9. Descreva brevemente os tipos de problemas que você experimentou com trabalho, quer em seu emprego atual quer no passado:

História da saúde

Nome _____ Data _____

Você já teve algum dos seguintes problemas?

Tipo de problema	Durante a infância	No passado, mas já adulto	Atualmente
Alergias/asma			
Problemas cardíacos			
Epilepsia ou convulsões			
Pressão sangüínea elevada			
Lesão grave na cabeça			
Lesão resultando em perda da consciência			
Envenenamento por chumbo			
Ossos fraturados			
Cirurgia			
Enxaqueca			
Problemas na tireóide			
Problemas com a visão			
Problemas com a audição			
Diabete			
Quaisquer outros problemas médicos sérios (explique):			

Você está tomando alguma medicação atualmente? Sim Não
Se está, por favor dê detalhes:

Por favor, descreva quaisquer outros problemas de saúde que você tenha experimentado agora ou no passado:

História social

Nome _____ Data _____

1. Como você descreveria seu humor na maior parte do tempo? (marque um)

a) Alegre/feliz	b) Triste/deprimido	c) Muda o tempo todo
d) Ansioso/nervoso	e) Zangado/irritado	f) Imperturbável/apático

2. Seu humor muda muito freqüentemente, abruptamente e/ou imprevisivelmente? Sim Não
 Se muda, por favor dê detalhes:

3. Você tem problemas para fazer amigos? Sim Não
4. Você tem problemas para manter as amizades? Sim Não
5. Você tem problemas em seus relacionamentos com outras pessoas? Sim Não
 Se tem, por favor dê detalhes:

6. Você tem problemas com seu temperamento? Sim Não
 Se tem, por favor dê detalhes:

7. Você tem carteira de motorista? Sim Não
8. Sua carteira já foi suspensa? Sim Não
 Se foi, explique por quê:

9. Quantas multas por excesso de velocidade você já teve? _____
10. Você já foi detido por dirigir embriagado? Sim Não
 Se já foi, quantas vezes? _____ Você foi preso? Sim Não
11. Quantas vezes sua família se mudou durante sua infância e adolescência?
12. Quantas vezes você se mudou desde que acabou o ensino médio?

13. Se você acha que tem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, ou TDAH, de que maneiras seus sintomas têm interferido em sua vida?
14. De que maneiras você tem tentado compensar ou enfrentar seus déficits?

Escala dos sintomas atuais – Formulário para auto-relato

Nome _____ Data _____

Instruções: Por favor, faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva seu comportamento *durante os últimos seis meses*.

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Não dou muita atenção aos detalhes ou cometo erros por descuido no meu trabalho	0	1	2	3
2. Fico mexendo com as mãos e os pés ou me contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tenho dificuldade para manter minha atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Saio da minha cadeira em situações em que é esperado que fique sentado	0	1	2	3
5. Não escuto quando falam comigo diretamente	0	1	2	3
6. Sinto-me inquieto	0	1	2	3
7. Não sigo as instruções e não termino o trabalho	0	1	2	3
8. Tenho dificuldade em me envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tenho dificuldade para organizar tarefas e atividades	0	1	2	3
10. Sinto-me "agitado" ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3
11. Evito, não gosto ou reluto em me envolver em um trabalho que requeira esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Falo excessivamente	0	1	2	3
13. Perco coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades	0	1	2	3

(continua)

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
14. Solto as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas	0	1	2	3
15. Distraio-me com facilidade	0	1	2	3
16. Tenho dificuldade para esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Sou esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompo ou atrapalho os outros	0	1	2	3

Que idade você tinha quando começaram a ocorrer estes problemas com atenção, impulsividade ou hiperatividade? _____ anos.

Até que ponto os problemas assinalados podem ter interferido em sua capacidade de funcionar em cada uma destas áreas de atividades da vida?

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Na minha vida doméstica com minha família imediata	0	1	2	3
No meu trabalho ou ocupação	0	1	2	3
Na minha interação com as outras pessoas	0	1	2	3
Nas minhas atividades ou relações com a comunidade	0	1	2	3
Em quaisquer atividades educacionais	0	1	2	3
Em meu namoro ou relacionamento conjugal	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com dinheiro	0	1	2	3
Na minha maneira de dirigir veículo motorizado	0	1	2	3
Nas minhas atividades de lazer ou recreativas	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com minhas responsabilidades da vida diária	0	1	2	3

Instruções: Mais uma vez, por favor faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva seu comportamento durante *os últimos seis meses*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perco o controle	0	1	2	3
2. Discuto	0	1	2	3
3. Desafio ativamente ou me recuso a obedecer às solicitações ou regras	0	1	2	3
4. Aborreço deliberadamente as pessoas	0	1	2	3
5. Culpo os outros por meus erros ou comportamento inadequado	0	1	2	3
6. Fico melindrado ou sou facilmente irritado pelos outros	0	1	2	3
7. Sou zangado ou ressentido	0	1	2	3
8. Sou malvado ou vingativo	0	1	2	3

Escala de sintomas na infância – Formulário para auto-relato

Nome _____ Data _____

Instruções: Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor descreve seu comportamento *quando você era uma criança de 5 a 12 anos*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dou muita atenção aos detalhes ou cometo erros por descuido em meu trabalho	0	1	2	3
2. Fico mexendo com as mãos e os pés ou me contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tenho dificuldade para manter minha atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Saio da minha cadeira em situações em que é esperado que eu fique sentado	0	1	2	3
5. Não escuto quando falam comigo diretamente	0	1	2	3
6. Sinto-me inquieto	0	1	2	3
7. Não sigo as instruções e não termino o trabalho	0	1	2	3
8. Tenho dificuldade em me envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tenho dificuldade em organizar tarefas e atividades	0	1	2	3
10. Sinto-me "agitado" ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3
11. Evito, não gosto ou reluto em me envolver em um trabalho que requiera esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Falo excessivamente	0	1	2	3

(continua)

13. Perco coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Solto as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas	0	1	2	3
15. Distraio-me com facilidade	0	1	2	3
16. Tenho dificuldade para esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Sou esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompo ou atrapalho os outros	0	1	2	3

Até que ponto os problemas que você pode ter assinalado podem ter interferido com sua capacidade de funcionar em cada uma destas áreas de atividades da vida *entre os 5 e 12 anos*?

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Na minha vida doméstica com minha família imediata	0	1	2	3
No meu trabalho ou ocupação	0	1	2	3
Na minha interação com as outras pessoas	0	1	2	3
Nas minhas atividades ou relações com a comunidade	0	1	2	3
Em quaisquer atividades educacionais	0	1	2	3
Em meu namoro ou relacionamento conjugal	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com dinheiro	0	1	2	3
Na minha maneira de dirigir veículo motorizado	0	1	2	3
Nas minhas atividades de lazer ou recreativas	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com minhas responsabilidades da vida diária	0	1	2	3

Mais uma vez, por favor faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva seu comportamento *entre os 5 e 12 anos*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perdia o controle	0	1	2	3
2. Discutia	0	1	2	3
3. Desafiava ativamente ou me recusava a obedecer às solicitações ou regras	0	1	2	3
4. Aborrecia deliberadamente as pessoas	0	1	2	3
5. Culpava os outros por meus erros ou comportamento inadequado	0	1	2	3
6. Ficava melindrado ou era facilmente irritado pelos outros	0	1	2	3
7. Era zangado ou ressentido	0	1	2	3
8. Era malvado ou vingativo	0	1	2	3

Por favor, indique se exibiu algum destes comportamentos *entre os 5 e 12 anos*:

1. Freqüentemente provocava, ameaçava ou intimidava outras pessoas	Não	Sim
2. Freqüentemente iniciava brigas físicas	Não	Sim
3. Usava uma arma que podia causar dano físico sério a outras pessoas	Não	Sim
4. Era fisicamente cruel com as pessoas	Não	Sim
5. Era fisicamente cruel com animais	Não	Sim
6. Roubava enquanto confrontava uma vítima (por exemplo, roubo, furto de bolsa, extorsão ou assalto à mão armada)	Não	Sim
7. Obrigava alguém a manter atividade sexual	Não	Sim
8. Envolvia-me deliberadamente em locais incêndio com a intenção de causar danos sérios	Não	Sim
9. Destruía deliberadamente propriedades dos outros (de outro modo que não por fogo)	Não	Sim
10. Invadia a casa, prédio ou carro de outra pessoa	Não	Sim
11. Mentia freqüentemente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, trapaceia os outros)	Não	Sim
12. Roubava itens de valor considerável sem confrontar a vítima (por exemplo, roubos em lojas, mas sem arrombamento e invasão; falsificação)	Não	Sim

(continua)

13. Passava freqüentemente a noite fora de casa, apesar das proibições dos pais Se isto ocorria, em que idade começou? _____	Não	Sim
14. Fugi de casa à noite pelo menos duas vezes enquanto morava com meus pais, em lares adotivos ou em lares de grupo Se isto aconteceu, quantas vezes? _____	Não	Sim
15. Freqüentemente cabulava aula Se isto aconteceu, em que idade começou? _____	Não	Sim

Escala de sintomas atuais – Formulário para relato de outra pessoa

Nome _____ Data _____

Pessoa a ser avaliada por você _____

Seu relacionamento com essa pessoa _____

Por favor, avalie a pessoa indicada, fazendo um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreve o comportamento desta pessoa *durante os últimos seis meses*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dá muita atenção aos detalhes ou comete erros por descuido em seu trabalho	0	1	2	3
2. Mexe o tempo todo com as mãos ou pés ou fica se contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tem dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou em atividades de lazer	0	1	2	3
4. Sai de sua cadeira na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado	0	1	2	3
5. Não escuta quando se fala com ele diretamente	0	1	2	3
6. Parece inquieto	0	1	2	3
7. Não segue as instruções e não termina o trabalho	0	1	2	3
8. Tem dificuldade para se engajar em atividades de lazer ou fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tem dificuldade para organizar as tarefas e as atividades	0	1	2	3
10. Parece sempre ativo ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3
11. Evita, não gosta ou reluta em se envolver em trabalho que requeira esforço mental sustentado	0	1	2	3

(continua)

12. Fala excessivamente	0	1	2	3
13. Perde coisas necessárias para as tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Solta as respostas antes de as perguntas terminarem de ser formuladas	0	1	2	3
15. Distrai-se facilmente	0	1	2	3
16. Tem dificuldades para esperar sua vez	0	1	2	3
17. É esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompe ou se intromete com os outros	0	1	2	3
19. Se você indicou que esta pessoa experimentou algum dos problemas citados, em que idade esses problemas se desenvolveram? Aproximadamente aos _____ anos.				

Até que ponto os problemas marcados interferiram com a capacidade desta pessoa de funcionar em cada uma destas áreas das atividades da vida durante os últimos seis meses?

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Em sua vida doméstica com a família imediata	0	1	2	3
Em suas interações sociais com outras crianças	0	1	2	3
Em suas atividades ou contatos com a comunidade	0	1	2	3
Na escola	0	1	2	3
Nos esportes, em clubes ou em outras organizações	0	1	2	3
Ao aprender a cuidar de si	0	1	2	3
Em suas atividades de brincadeiras, lazer ou recreativas	0	1	2	3
Em seu manejo com as tarefas da vida diária ou outras responsabilidades	0	1	2	3

Escala dos sintomas na infância – Formulário para relato de outra pessoa

Nome _____ Data _____

Pessoa a ser avaliada por você _____

Seu relacionamento com essa pessoa _____

Por favor, faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva o comportamento da pessoa que está sendo avaliada *quando ela era uma criança entre 5 e 12 anos*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dava muita atenção aos detalhes ou cometia erros por descuido em seu trabalho	0	1	2	3
2. Ficava mexendo com as mãos e os pés ou se contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Saía de sua cadeira em situações em que era esperado que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não escutava quando falavam com ele diretamente	0	1	2	3
6. Sentia-se inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia as instruções e não terminava o trabalho	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade de se envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para organizar tarefas e atividades	0	1	2	3
10. Sentia-se "agitado" ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3

(continua)

11. Evitava, não gostava ou relutava em se envolver em um trabalho que exigisse esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Falava excessivamente	0	1	2	3
13. Perdia coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Soltava as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas	0	1	2	3
15. Distraía-se com facilidade	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade para esperar a sua vez	0	1	2	3
17. Era esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompia ou atrapalhava os outros	0	1	2	3

Até que ponto os problemas que você pode ter assinalado podem ter interferido com a capacidade dessa pessoa de funcionar em cada uma destas áreas de atividades *quando era uma criança entre 5 e 12 anos?*

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Na sua vida doméstica com sua família imediata	0	1	2	3
No seu trabalho ou ocupação	0	1	2	3
Na sua interação com as outras pessoas	0	1	2	3
Nas suas atividades ou relações com a comunidade	0	1	2	3
Em quaisquer atividades educacionais	0	1	2	3
Em seu namoro ou relacionamento conjugal	0	1	2	3
Na sua maneira de lidar com dinheiro	0	1	2	3
Na sua maneira de dirigir veículo motorizado	0	1	2	3
Nas suas atividades de lazer ou recreativas	0	1	2	3
Na sua maneira de lidar com suas responsabilidades da vida diária	0	1	2	3

Mais uma vez, por favor faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva o comportamento dessa pessoa que está sendo avaliada *quando ela era uma criança entre 5 e 12 anos*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Perdia o controle	0	1	2	3
2. Discutia	0	1	2	3
3. Desafiava ativamente ou se recusava a obedecer a solicitações ou regras	0	1	2	3
4. Aborrecia deliberadamente as pessoas	0	1	2	3
5. Culpava os outros por seus erros ou comportamento inadequado	0	1	2	3
6. Ficava melindrado ou era facilmente irritado pelos outros	0	1	2	3
7. Era zangado ou ressentido	0	1	2	3
8. Era malvado ou vingativo	0	1	2	3

Por favor, indique se a pessoa que está sendo avaliada neste formulário exibia algum destes comportamentos *entre os 5 e 18 anos*:

1. Freqüentemente provocava, ameaçava ou intimidava outras pessoas	Não	Sim
2. Freqüentemente iniciava brigas físicas	Não	Sim
3. Usava uma arma que podia causar dano físico sério a outras pessoas	Não	Sim
4. Era fisicamente cruel com as pessoas	Não	Sim
5. Era fisicamente cruel com animais	Não	Sim
6. Roubava enquanto confrontava uma vítima (por exemplo, roubo, furto de bolsa, extorsão ou assalto à mão armada)	Não	Sim
7. Obrigava alguém a manter atividade sexual	Não	Sim
8. Envolvia-se deliberadamente em locais de incêndio com a intenção de causar danos sérios	Não	Sim
9. Destruía deliberadamente propriedades dos outros (de outro modo que não por fogo)	Não	Sim
10. Invadia a casa, prédio ou carro de outra pessoa	Não	Sim

(continua)

11. Mentia freqüentemente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, trapaceava os outros)	Não	Sim
12. Roubava itens de valor considerável sem confrontar a vítima (por exemplo, roubos em lojas, mas sem arrombamento e invasão; falsificação)	Não	Sim
13. Passava freqüentemente a noite fora de casa, apesar das proibições dos pais Se isto ocorria, em que idade começou? _____	Não	Sim
14. Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes enquanto morava com seus pais, em lares adotivos ou em lares de grupo Se isto aconteceu, quantas vezes? _____	Não	Sim
15. Freqüentemente cabulava aula Se isto aconteceu, em que idade começou? _____	Não	Sim

Escala de desempenho escolar na infância – Formulário para relato de outra pessoa

Nome _____ Data _____

Pessoa a ser avaliada por você _____

Seu relacionamento com essa pessoa _____

Por favor, pense em quando a pessoa acima nomeada (“Pessoa a ser avaliada por você”) era uma criança. Queremos que nos conte sobre o comportamento dela na escola e sobre seu desempenho típico na escola. Por favor, faça um círculo em torno do número em seguida a cada item que melhor descreva o comportamento da pessoa que está sendo avaliada *quando ela era uma criança e estava no ensino fundamental*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dava muita atenção aos detalhes ou cometia erros por descuido em seu trabalho	0	1	2	3
2. Ficava mexendo com as mãos e os pés ou se contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tinha dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Saía de sua cadeira em situações em que era esperado que ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não escutava quando falavam com ele diretamente	0	1	2	3
6. Sentia-se inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia as instruções e não terminava o trabalho	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade de se envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para organizar tarefas e atividades	0	1	2	3

(continua)

10. Sentia-se "agitado" ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava ou relutava em se envolver em um trabalho que exigisse esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Falava excessivamente	0	1	2	3
13. Perdia coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades	0	1	2	3
14. Soltava as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas	0	1	2	3
15. Distraía-se com facilidade	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade para esperar a sua vez	0	1	2	3
17. Era esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompia ou atrapalhava os outros	0	1	2	3

Até que ponto esta pessoa tinha dificuldades nas seguintes áreas de desempenho escolar *quando estava no ensino fundamental?*

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Na conclusão de sua lição em classe	0	1	2	3
Na conclusão de suas atribuições de lição de casa	0	1	2	3
Em seu comportamento na sala de aula	0	1	2	3
Em seu comportamento no ônibus da escola	0	1	2	3
Nos esportes, clubes ou outras organizações na escola	0	1	2	3
Em suas interações com os colegas	0	1	2	3
Em brincadeiras ou em suas atividades recreativas no recreio	0	1	2	3
Em seu comportamento no refeitório	0	1	2	3
Em seu manejo do tempo na escola	0	1	2	3

1. Esta pessoa já repetiu o ano na escola?	Sim	Não
2. Esta pessoa foi algum dia suspensa ou expulsa da escola?	Sim	Não
3. Esta pessoa recebeu algum serviço de educação especial?	Sim	Não
4. Esta pessoa era punida na escola mais freqüentemente do que as outras?	Sim	Não
5. Esta pessoa faltava a escola sem permissão?	Sim	Não
6. Esta pessoa abandonou a escola ou não conseguiu concluir o ensino médio?	Sim	Não
7. Esta pessoa tomava alguma medicação para ajudá-la a lidar com seu comportamento na escola?	Sim	Não

Escala de avaliação do desempenho no trabalho – Formulário para auto-relato

Nome _____ Data _____

Por favor, avalie-se em seu próprio desempenho no trabalho fazendo um círculo em torno do número que melhor descreve seu comportamento *durante os últimos seis meses*.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Não dei muita atenção aos detalhes ou cometi erros por descuido em meu trabalho	0	1	2	3
2. Ficava mexendo com as mãos e os pés ou me contorcendo na cadeira	0	1	2	3
3. Tive dificuldade para manter minha atenção em tarefas ou atividades de lazer	0	1	2	3
4. Saía de minha cadeira em situações em que é esperado que eu ficasse sentado	0	1	2	3
5. Não escutava quando falavam comigo diretamente	0	1	2	3
6. Sentia-me inquieto	0	1	2	3
7. Não seguia as instruções e não terminava o trabalho	0	1	2	3
8. Tinha dificuldade de me envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente	0	1	2	3
9. Tinha dificuldade para organizar tarefas e atividades	0	1	2	3
10. Sentia-me "agitado" ou como se estivesse sendo movido por um motor	0	1	2	3
11. Evitava, não gostava ou relutava em me envolver em um trabalho que exigisse esforço mental sustentado	0	1	2	3
12. Falava excessivamente	0	1	2	3
13. Perdia coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades	0	1	2	3

(continua)

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
14. Soltava as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas	0	1	2	3
15. Distraía-me com facilidade	0	1	2	3
16. Tinha dificuldade para esperar a minha vez	0	1	2	3
17. Era esquecido nas atividades da vida diária	0	1	2	3
18. Interrompia ou atrapalhava os outros	0	1	2	3

Até que ponto os problemas que você pode ter assinalado interferem em sua capacidade para atuar em cada uma destas áreas de atividade no trabalho?

Áreas:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
Nas minhas interações com os colegas	0	1	2	3
No meu desempenho no trabalho designado	0	1	2	3
Nas minhas interações com os supervisores	0	1	2	3
Nas minhas atividades ou relações com os clientes, fregueses ou o público em geral	0	1	2	3
Em quaisquer atividades educacionais no trabalho	0	1	2	3
Na minha pontualidade no trabalho	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com meu tempo e com prazos relacionados ao trabalho	0	1	2	3
Na minha operação de qualquer equipamento relacionado ao trabalho	0	1	2	3
Na minha operação de quaisquer veículos a motor relacionados ao trabalho	0	1	2	3
Na minha maneira de lidar com minhas responsabilidades diárias	0	1	2	3

Em geral, como você avaliaria seu desempenho geral no trabalho e sua produtividade como empregado? (marque um)

1. Excelente
2. Acima da média
3. Dentro da média
4. Abaixo da média
5. Deficiente

Entrevista com o adulto

Nome _____ Data _____

Data de nascimento _____ Idade _____ Registro Clínico N^o _____

Situação conjugal: Solteiro Casado Divorciado Separado Viúvo

Grupo étnico _____

Fonte de encaminhamento primária: [*Marque apenas uma.*]

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. A própria pessoa | 5. Clínica Infantil de TDAH |
| 2. Pai/mãe | 6. Amigo |
| 3. Médico | 7. Outra _____ |
| 4. Profissional de saúde mental | |

Participantes da entrevista: [*Marque todos que se aplicam.*]

Paciente _____ Cônjuge _____ Mãe _____ Pai _____
Irmão/irmã _____ Amigo _____ Outro _____

Razões para o encaminhamento:

Objetivos/propósitos da avaliação:

REVELAÇÕES LEGAIS

O entrevistador, como parte da entrevista, deve examinar todas as revelações legais pertinentes a seu Estado, país ou outra região geográfica. Por exemplo, em Massachusetts advertimos os pais sobre as seguintes quatro questões:

1. Qualquer revelação de informação que indique uma suspeita de abuso infantil deve ser relatada às autoridades do Estado (Departamento de Serviços Sociais).
2. Qualquer revelação de ameaças de dano a si próprio, como em uma ameaça específica de suicídio, resultará em um encaminhamento imediato a uma unidade de emergência de saúde mental.
3. Qualquer revelação de ameaças específicas a indivíduos específicos resultará em notificação daqueles indivíduos com relação à ameaça.
4. Embora os registros de saúde mental sejam confidenciais, eles podem ser intimados pela ordem de um juiz e devem ser entregues ao tribunal se assim for ordenado.

Reserve um tempo agora para cobrir quaisquer destas questões com a família antes de prosseguir para o restante desta entrevista.

Por favor, faça uma breve descrição de suas principais preocupações atualmente:

Quando você diria que estes sintomas começaram?

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1. 0-7 anos | 4. 16-21 anos |
| 2. 8-12 anos | 5. 22 anos até agora |
| 3. 13-15 anos | |

Por favor, descreva brevemente a história destas preocupações e destaque alguns aspectos relacionados a como elas o afetaram durante a sua vida:

EXAME DOS SINTOMAS DO TDAH

Entrevistador: Nesta seção, por favor examine com o paciente seus relatos da lista de sintomas do TDAH. Se um pai ou uma mãe ou alguém que conhece bem o paciente desde a infância acompanhou-o à entrevista, registre suas impressões dos sintomas de TDAH do paciente, atualmente e na infância. Caso contrário, estas informações podem ser obtidas mais tarde por meio de entrevista por telefone com o pai ou a mãe ou outra pessoa. Simplesmente use as colunas próximas a cada sintoma para registrar as respostas, prestando atenção ao fato de que você está investigando tanto a presença do sintoma atualmente quanto a sua presença ou não durante a infância (dos 5-12 anos). Coloque um "1" na coluna próxima a cada sintoma se o sintoma está/estava presente em um grau desenvolvimentalmente inapropriado. Use um "0" se o sintoma não está/estava presente em um grau inapropriado.]

Por favor, diga-me se você experimentou ou não algum dos comportamentos que se seguem em um grau que poderia ser considerado importante ou desenvolvimentalmente inapropriado para sua idade durante os últimos seis meses. Vou então lhe perguntar se você também experimentou este comportamento em um grau inapropriado *quando era uma criança entre os 5 e 12 anos.*

Áreas	Auto-relato do paciente		Pai/mãe/outra pessoa	
	Agora	5-12	Agora	5-12
1. Não dava muita atenção aos detalhes ou cometia erros por descuido em seu trabalho				
2. Ficava mexendo com as mãos e os pés ou se contorcendo na cadeira				
3. Tinha dificuldade para manter sua atenção em tarefas ou atividades de lazer				
4. Saía de sua cadeira em situações em que era esperado que ficasse sentado				
5. Não escutava quando falavam com ele diretamente				
6. Sentia-se inquieto				
7. Não seguia as instruções e não terminava o trabalho				
8. Tinha dificuldade em se envolver em atividades de lazer ou em fazer coisas divertidas sossegadamente				
9. Tinha dificuldade para organizar tarefas e atividades				
10. Sentia-se “agitado” ou como se estivesse sendo movido por um motor				
11. Evitava, não gostava ou relutava em se envolver em um trabalho que exigisse esforço mental sustentado				
12. Falava excessivamente				
13. Perdía coisas necessárias para a realização de tarefas ou atividades				
14. Soltava as respostas antes de as perguntas terem sido concluídas				
15. Distraía-se com facilidade				
16. Tinha dificuldade para esperar a sua vez				
17. Era esquecido nas atividades da vida diária				
18. Interrompia ou atrapalhava os outros				

Aproximadamente que idade você tinha quando estes problemas de atenção, impulsividade ou hiperatividade começaram a ocorrer? _____ anos.

Entrevistador: Registre aqui o número total de sintomas de desatenção, itens 1 a 9, e de sintomas hiperativos-impulsivos, itens 10 a 18, relatados pelo paciente e também pelo pai ou pela mãe ou outra pessoa que você entrevistou sobre estes sintomas, tanto para o funcionamento atual quanto para o funcionamento na infância. Os critérios diagnósticos requerem que pelo menos seis entre nove sintomas de desatenção ou seis entre nove sintomas hiperativos-impulsivos estejam atualmente presentes, bem como que o transtorno estava presente na infância.

	Sintomas de TDAH auto-relatados	Sintomas de TDAH relatados por pai/mãe ou outra pessoa
Desatenção Atual	_____	_____
Hiperatividade-Impulsividade Atuais	_____	_____
Desatenção na Infância	_____	_____
Hiperatividade-Impulsividade na Infância	_____	_____

Os problemas que você relatou a partir desta lista de comportamentos interfere com ou impede em um grau significativo sua capacidade para atuar em cada uma dessas áreas de atividades da vida?

Áreas	Auto-relato do paciente		Pai/mãe/outra pessoa	
	Agora	5-12	Agora	5-12
Em sua vida doméstica com a família imediata	_____	_____	_____	_____
Em suas interações sociais com outras crianças	_____	_____	_____	_____
Em suas atividades ou contatos com a comunidade na escola	_____	_____	_____	_____
Nos esportes, em clubes ou em outras organizações ao aprender a cuidar de si	_____	_____	_____	_____
Em suas atividades de brincadeiras, lazer ou recreativas	_____	_____	_____	_____
Em seu manejo com as tarefas da vida diária ou outras responsabilidades	_____	_____	_____	_____

Se a resposta a quaisquer das questões anteriores for sim, por favor dê-me alguns breves detalhes de como estas áreas de funcionamento têm sido prejudicadas por seus sintomas:

Além das coisas que acabei de examinar com você, há alguma(s) dificuldade(s) em outras áreas de seu funcionamento diário?

Você experimenta algum problema com relação ao que se segue: (1 = Sim; 0 = Não)

	Cliente	Pai/Mãe/Outro
Tomada de decisões ou agir muito rapidamente		
Desempenho inconsistente no trabalho		
Auto-estima baixa; sentir-se desmoralizado		
Temperamento inflamado		
Devaneios demais		
Procrastinação freqüente		
Rebeldia, desobediência ou insolência		
Ter poucos amigos		
Dificuldades em manter relacionamentos íntimos		
Desempenho na escola substancialmente abaixo de seu potencial acadêmico e intelectual		
Percepção inadequada do tempo		
Problemas com autoridades, professores; rotulado como um problema de disciplina		
Entediar-se com freqüência ou facilmente		
Padrão crônico de realização abaixo da média		
Trabalha melhor quando está sob pressão ou com prazo iminente		
Considera-se preguiçoso		

Quando você era criança ou adolescente, seus pais levaram-no para ver alguém por causa destes problemas?
Se a resposta for sim, por favor dê alguns detalhes:

Sim Não

Seus pais se queixavam de que você era difícil de lidar ou controlar quando criança?
Se a resposta for sim, por favor dê-me alguns detalhes sobre este problema:

Sim Não

DIFICULDADES DE COMPORTAMENTO/CONDUTA

Sintomas de transtorno desafiador de oposição

Entrevistador: Examine com o paciente se ele está ou não experimentando atualmente algumas das seguintes dificuldades comportamentais em um grau inapropriado para sua idade, bem como se ele lembra de experimentar algumas delas durante a infância que fossem inapropriadas para sua idade. Os critérios são quatro ou mais, com o início durante a infância.

Por favor, diga-me se experimentou alguma(s) dificuldade(s) nas seguintes áreas de comportamento *durante os últimos seis meses*. Vou também lhe perguntar se você

experimentou alguma(s) dificuldade(s) com estes mesmos comportamentos *quando criança, entre os 5 a 12 anos*. Em ambos os casos, quero saber se estas dificuldades ocorreram em um grau inapropriado para aquela faixa etária.

Comportamentos:	Agora	5-12 anos
1. Perdia o controle		
2. Discutia		
3. Desafiava ativamente ou me recusava obedecer às solicitações ou regras		
4. Aborrecia deliberadamente as pessoas		
5. Culpava os outros por seus erros ou comportamento inadequado		
6. Ficava melindrado ou era facilmente irritado pelos outros		
7. Era zangado ou ressentido		
8. Era malvado ou vingativo		

Em que idade estas dificuldades comportamentais começaram a se desenvolver?

Transtorno de conduta (infância/adolescência)

Entrevistador: Examine com o paciente se ele se envolveu ou não em alguma(s) das atividades que se seguem antes dos 18 anos. Critérios diagnósticos: três ou mais, duração > seis meses. Responda todos os itens; marque 1 se presente, 0 se ausente.

Agressão a pessoas e animais

1. Frequentemente provocava, ameaçava ou intimidava outras pessoas _____
2. Frequentemente iniciava brigas físicas _____
3. Usava uma arma que podia causar dano físico sério a outras pessoas _____
4. Era fisicamente cruel com as pessoas _____
5. Era fisicamente cruel com animais _____
6. Roubava enquanto confrontava uma vítima (por exemplo, roubo, furto de bolsa, extorsão ou assalto à mão armada) _____
7. Obrigava alguém a praticar atividade sexual _____

Destruição de propriedade

8. Envolvia-se deliberadamente em locais de incêndio com a intenção de causar danos sérios _____
9. Destruía deliberadamente propriedades dos (de outro modo que não por fogo) _____

Falsidade ou roubo

10. Invadia a casa, o prédio ou o carro de outra pessoa _____
11. Mentia freqüentemente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações (isto é, trapaceava os outros) _____
12. Roubava itens de valor considerável sem confrontar a vítima (por exemplo, roubos em lojas, mas sem arrombamento e invasão; falsificação) _____

Violação séria de regras

13. Passava freqüentemente a noite fora de casa, apesar das proibições dos pais _____
14. Fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes enquanto morava com seus pais, em lares adotivos ou em lares de grupo _____
15. Freqüentemente cabulava aula _____
- Total _____
- Idade do Início _____

[Se o paciente satisfaz os critérios para transtorno de conduta, administre os itens da entrevista para transtorno da personalidade anti-social; do contrário, não se aplica.]

Transtorno da personalidade anti-social

Você já foi preso ou teve problemas com a lei? [Sim = 1, Não = 0] _____

Detalhes:

Entrevistador: Indague do paciente se ele se envolveu ou não em alguma das atividades seguintes, atualmente ou desde os 18 anos. Critérios diagnósticos: presença de transtorno da conduta antes dos 18 anos e em pelo menos três dos seguintes: Sim = 1, Não = 0.

Cliente Pai/Mãe/Outro

-
1. Não conseguiu adaptar-se às normas sociais com respeito aos comportamentos legais, como está indicado por realizar repetidamente atos que constituem motivo para prisão _____
-
2. Foi falso, como está indicado por mentir repetidas vezes, usou cognomes ou trapaceava os outros para proveito pessoal ou por prazer _____
-
3. Foi impulsivo ou não conseguiu levar um plano adiante _____
-
4. Foi irritável e agressivo, como está indicado por brigas físicas ou ataques repetidos _____
-

(continua)

Cliente Pai/Mãe/Outro

-
5. Demonstrou indiferença à segurança ou à integridade física das outras pessoas
-
6. Demonstrou irresponsabilidade consistente, como está pelo fracasso repetido em manter um comportamento consistente no trabalho ou honrar suas obrigações financeiras
-
7. Exibiu ausência de remorso, como está indicado por ser indiferente ou racionalizar ou fato de ter sido ferido, maltratado ou roubado por outra pessoa
-

HISTÓRIA FAMILIAR

Se casado, duração do atual casamento _____ Número de casamentos _____

Ocupação do cônjuge _____ Escolaridade do cônjuge (anos) _____

Número de filhos _____ Suas idades _____

Número de irmãos _____ Suas idades _____

Situação conjugal dos pais: 1 = casados, 2 = divorciados, 3 = viúvo, 4 = separados, 5 = ambos falecidos _____

Ocupação do pai _____ Educação do pai _____

Ocupação da mãe _____ Educação da mãe _____

Descreva brevemente como foi crescer em sua família:

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA PASSADA

(Sim = 1, Não = 0)

Você já foi anteriormente diagnosticado com TDAH? _____

Você está atualmente indo a um terapeuta ou psiquiatra? _____

Detalhes:

Você já consultou com um conselheiro ou psiquiatra? _____

Detalhes:

Você já foi hospitalizado por um problema psiquiátrico? _____

Detalhes:

Você já teve problemas com depressão? _____

Detalhes:

Você já teve pensamentos suicidas? _____

Detalhes:

Você já fez alguma tentativa de suicídio? _____

Detalhes:

Número de tentativas de suicídio: _____

Você já teve problemas com ansiedade? _____

Detalhes:

Você já teve algum problema com abuso de álcool/drogas? _____

Detalhes:

Você já foi tratado por problemas de álcool/drogas? _____

Detalhes:

Quanto álcool você ingere por semana? _____

1. Eu nunca bebo

2. 0-1 drink

3. 2-4 drinks

4. 5-10 drinks

5. > 10 drinks

Você atualmente usa alguma outra droga como recreação? _____

Se usa, quais são? _____

a) Maconha, haxixe _____

b) Anfetaminas, metanfetaminas _____

c) Barbitúricos, pílulas para dormir _____

d) Tranqüilizantes, Valium, Librium _____

e) Cocaína, *crack* _____

f) *Ecstasy* _____

g) Inalantes (cola, fluido de isqueiro, gasolina, etc.) _____

h) Heroína _____

i) Opiáceos, morfina, demerol _____

j) Psicodélicos (LSD, mescalina) _____

k) Outra _____

Você já tomou alguma medicação psicotrópica? _____

Detalhes: _____

OUTRAS PREOCUPAÇÕES

(Sim = 1; Não = 0)

Áreas:

Passado Presente

Períodos prolongados de tristeza/depressão _____

Ansiedade excessiva _____

Medos excessivos, fobias _____

Pânico ou ataques de ansiedade _____

Obsessões/preocupações _____

Compulsões/hábitos ou rituais compulsivos _____

Ilusões _____

Alucinações _____

Mudanças de apetite importantes _____

Mudanças importantes do padrão de sono _____

Episódios maníacos _____

Outros sintomas de angústia mental (explique): _____

Entrevistador: Observe que se nenhuma das pergunta for comprovada de ter ocorrido no passado ou no presente, você pode querer examinar com o paciente os critérios do DSM-IV-TR para estes respectivos transtornos, a fim de determinar se ele satisfaz os critérios diagnósticos para quaisquer

dos transtornos citados. Os critérios diagnósticos para esses transtornos mais comumente associados aos adultos com TDAH encaminhados à clínica estão apresentados a seguir.

TRANSTORNOS DA ANSIEDADE E DO HUMOR

Agora, quero fazer-lhe algumas perguntas sobre suas emoções em geral e sobre suas reações emocionais a algumas soluções específicas. Vou começar perguntando-lhe sobre alguns medos específicos que você pode ter. Depois, quero saber sobre seu humor em geral ou condição emocional durante a maior parte do dia. Vamos começar com alguns medos específicos que você pode ter.

Fobia específica

Entrevistador: O diagnóstico requer que todos os critérios de A a E sejam satisfeitos.

- A. Você exibe um medo marcante e persistente que é excessivo ou irrazoável em resposta à presença ou à antecipação de um objeto ou situação específico?

Por exemplo, em reação à antecipação de alguns animais, altura, ficar no escuro, trovões ou relâmpagos, voar, tomar injeção, ver sangue ou alguma outra coisa ou situação?

[Marque 1 se a resposta for Sim, 0 se for Não, e ? se desconhecido.]

Entrevistador: Se A for Sim, responda às perguntas a seguir e prossiga de B até G; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum critério B-E não for satisfeito, passe para o próximo transtorno.

Do que especificamente você tem medo?

- B. Você tem esta reação ansiosa ou de medo quase invariavelmente quando exposto a [coisa ou situação específica]? [Marque 1 se a resposta for Sim, 0 se for Não, e ? se desconhecido.]
-

Entrevistador: Isto pode incluir um ataque de pânico na presença do objeto, coisa ou situação temido, ou ansiedade expressada por choro, ataques, paralisação ou ficar agarrado a uma pessoa.

- C. Você tenta evitar este tipo de coisa ou situação ou, se estiver muito exposta a isso, a suporta com ansiedade ou angústia intensa? [Marque 1 se a resposta for Sim, 0 se for Não, e ? se desconhecido.]
-
- D. Você evita, teme a antecipação ou tem uma reação ansiosa a esta coisa ou situação que interfere significativamente com algum dos seguintes? [Marque 1 se a resposta for Sim, 0 se for Não, e ? se desconhecido.]

Sua rotina normal _____ Funcionamento acadêmico ou profissional _____
 Atividades sociais _____ Relacionamentos sociais _____
 O fato de você ter este medo causa-lhe muita angústia? _____

- E. Você teve esta reação de medo ou ansiedade a esta coisa ou evento durante pelo menos os últimos seis meses? [*Marque 1 se a resposta for Sim, 0 se for Não, e ? se desconhecido.*] _____
- F. Critérios de Exclusão: [*Entrevistador: Marque 1 se esta fobia ou ansiedade for mais justificada para outro transtorno mental, como transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno da ansiedade por separação, fobia social ou transtorno de pânico. Marque 1 se a resposta for Não, e ? se desconhecido.*] _____

Código de diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

Cada seção A-E é igual a 1 ou mais? _____
 A seção F totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Fobia específica (300.29)

Fobia social

[Entrevistador: O diagnóstico requer que todos os critérios A-F sejam satisfeitos, mas a pessoa deve ter desenvolvido a capacidade para estabelecer relacionamentos sociais com familiares apropriados à idade, e a ansiedade deve ocorrer nas interações com outras pessoas.]

E com respeito às situações sociais?

- A. [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*]
1. Você mostra um medo marcante e persistente que é excessivo ou irrazoável em resposta à presença de ou à antecipação de uma situação social ou de desempenho em que você esteja exposta a pessoas com as quais não está familiarizado ou a um possível julgamento das outras pessoas? _____
 2. Você tem medo de que possa agir de uma maneira constrangedora ou humilhante, ou de ficar tão ansioso que isso possa se tornar humilhante ou constrangedor para você? _____

[Entrevistador: Se as partes 1 e 2 estiverem presentes, responda a próxima pergunta e prossiga com os critérios restantes a seguir; do contrário, passe para o próximo

transtorno. Se algum dos critérios restantes a seguir não forem satisfeitos, passe para o próximo transtorno.]

3. De que situação social específica você tem medo? _____
- B. Você tem esta reação de ansiedade ou de medo quase invariavelmente quando exposto a esta situação? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____

[Entrevistador: Isto pode incluir um ataque de pânico nesta situação social.]

- C. Você tenta evitar esta situação ou, se tiver de ser exposto a ela, vai suportá-la com intensa ansiedade ou angústia? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____
- D. Você exibe um esquívamento, antecipação ou reação ansiosa a esta situação a tal ponto que isso interfere significativamente com quaisquer dos seguintes? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.] _____

Entrevistador: Apenas uma destas condições precisa ser endossada para este critério ser satisfeito.

Sua rotina normal _____ Funcionamento acadêmico ou profissional _____
 Atividades sociais _____ Relacionamentos sociais _____
 O fato de você ter este medo causa-lhe muita angústia? _____

- E. Você tem tido esta reação de medo ou ansiedade diante desta situação por pelo menos os últimos seis meses? [Marque 1 se presente, 0 ausente e ? se desconhecido.] _____
- F. Critérios de Exclusão: *Entrevistador: Marque 1 se esta fobia ou ansiedade dever-se aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, ou é mais justificada para outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno da ansiedade da separação, transtorno dismórfico corporal, um transtorno desenvolvimental pervasivo ou transtorno da personalidade esquizóide. Se uma condição médica geral ou outro transtorno mental estiver presente, marque 1 se o medo no critério A estiver relacionado a ele. Marque 0 se não estiver e ? se desconhecido.* _____

Código de diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico?

- A seção A totaliza 2? _____
- A seção B-E são iguais a 1 ou mais? _____
- A seção F totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos forem satisfeitos.

- Fobia social (300.23)
 Especifique se generalizada (o medo inclui a maioria das situações sociais):

Transtorno de ansiedade generalizada

Entrevistador: O diagnóstico requer que cada item nos critérios A e B seja satisfeito; que pelo menos um sintoma no critério C esteja presente há pelo menos seis meses na maioria dos dias; que os sintomas produzam angústia ou deficiência clinicamente importante nas áreas social, acadêmica, ocupacional, ou outras áreas importantes do funcionamento; e que outros transtornos sejam excluídos, como está indicado a seguir.

Agora, vamos investigar se você em geral tende a ficar ansioso ou a se preocupar demais, comparado aos outros.

A. Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.

1. Você exhibe ansiedade e preocupação excessivas sobre muitos eventos ou atividades, tais como atividades de trabalho, desempenho na escola ou quaisquer outras situações? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*] _____
2. Esta ansiedade ou preocupação tem ocorrido na maioria dos dias, pelo menos nos últimos seis meses? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*] _____

Entrevistador: Se as perguntas em A foram endossadas, prossiga com os critérios restantes para este transtorno; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios restantes abaixo não for satisfeito, passe para o próximo transtorno.

- B. Você acha difícil controlar sua preocupação? [*Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.*] _____
- C. Lista dos sintomas do transtorno da ansiedade generalizada Sua ansiedade ou preocupação tem sido associada a algum dos seguintes comportamentos? *Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.* _____

[*Entrevistador: Só uma condição precisa estar presente para este critério ser satisfeito.*]

1. Inquietação ou se sentir trancado ou no limite _____
 2. Ficar facilmente cansado _____
 3. Dificuldade de concentração ou a mente ficando vazia _____
 4. Irritabilidade _____
 5. Tensão muscular _____
 6. Distúrbio do sono ou dificuldades para dormir, permanecer dormindo ou inquietação e sono insatisfatório _____
- D. Estas preocupações provocaram-lhe angústia ou lhe criaram alguma deficiência nas seguintes áreas?

Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.

Relações sociais com os outros _____

Desempenho acadêmico ou profissional _____

Algumas outras áreas de funcionamento _____ (explique) _____

- E. Critérios de exclusão: *[Entrevistador: Marque 1 se a ansiedade ou preocupação estiverem confinadas a características de outro transtorno mental, como temer ter um ataque de pânico (transtorno do pânico), ser contaminado (transtorno obsessivo-compulsivo), ficar longe de casa ou de figuras de ligação mais próximas (transtorno da ansiedade da separação), ter muitas queixas físicas (transtorno da somatização) ou ter uma doença grave (hipocondria), ou se a ansiedade estiver associada com transtorno do estresse pós-traumático. Marque 0 se a resposta for Não e ? se desconhecido.]* _____

Código de diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 2? _____
 A seção B totaliza 1? _____
 A seção C totaliza 1 ou mais? _____
 A seção D totaliza 1 ou mais? _____
 A seção E totaliza 0? _____

Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.

- Transtorno de ansiedade generalizada (300.02)

Transtorno distímico

Entrevistador: O diagnóstico requer que o humor deprimido exista durante a maior parte do dia, na maior parte dos dias, durante pelo menos dois anos; que existam pelo menos dois sintomas da seção B; que o indivíduo nunca tenha ficado sem os sintomas nas seções A e B por dois meses consecutivos durante dois anos do transtorno; que todos os critérios de exclusão sejam satisfeitos e que os sintomas causem angústia clinicamente importante ou deficiência nas áreas sociais, acadêmicas ou outras áreas importantes de funcionamento.

Gostaria de conversar com você agora para saber como é seu humor a maior parte do tempo.

- A. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*
1. Você tem um humor deprimido a maior parte do dia? _____
 2. Este humor deprimido tem ocorrido na maioria dos dias durante os últimos dois anos? _____

Entrevistador: Se as duas perguntas em A forem endossadas, prossiga com os critérios restantes para este transtorno; do contrário, passe para o próximo transtorno. Se algum dos critérios restantes não for satisfeito, passe para o próximo transtorno.

B. Você exibe qualquer das seguintes dificuldades quando está deprimido?

[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

1. Pouco apetite ou comer em excesso _____
2. Insônia (problemas para adormecer) ou hipersonia (sono excessivo) _____
3. Pouca energia ou fadiga _____
4. Baixa auto-estima _____
5. Má concentração ou dificuldade para tomar decisões _____
6. Sensações de desesperança _____

C. Durante os dois anos ou mais em que você experimentou este humor deprimido, já esteve sem este humor deprimido ou as outras dificuldades que mencionou durante pelo menos dois meses? [Marque 0 se o cliente teve uma remissão de dois meses, 1 se o cliente não teve nenhuma remissão dos sintomas durante pelo menos dois meses, e ? se desconhecido.]

D. Este humor deprimido provocou-lhe angústia ou deficiência em algumas das seguintes áreas? [Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

Relações sociais com os outros _____
 Desempenho ocupacional ou acadêmico _____
 Quaisquer outras áreas de funcionamento _____ (explique) _____

E. Critérios de exclusão: *Entrevistador: marque 1 se a pessoa satisfaz os critérios para episódio depressivo maior durante os dois primeiros anos de seu transtorno do humor ou se o transtorno é mais justificado por transtorno depressivo maior. Também marque 1 se houve um episódio maníaco, episódio misto (maníaco-depressivo) ou episódio hipomaníaco, ou caso se apliquem os critérios para transtorno ciclotímico. Marque 1 se o transtorno do humor descrito ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico, como esquizofrenia ou transtorno ilusório, ou se é o resultado dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. Marque 0 se a resposta for Não e ? se desconhecido.**Código diagnóstico*

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 2? _____
 A seção B totaliza 2? _____
 A seção C totaliza 1? _____
 A seção D totaliza 1 ou mais? _____
 A seção E totaliza 0? _____

[Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.]

- Transtorno distímico (300.4)

Transtorno depressivo maior

Entrevistador: O diagnóstico requer que pelo menos cinco ou mais dos sintomas relacionados em A tenham se manifestado durante um período de duas semanas; que isto representa uma mudança em relação ao funcionamento anterior; que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer; que os sintomas criem angústia ou deficiência clinicamente importante nas áreas sociais, acadêmicas, ou outras áreas importantes do funcionamento; e que todos os critérios de exclusão sejam satisfeitos.

Vamos continuar a conversar sobre seu humor ou ajustamento emocional. Você já experimentou alguns dos seguintes por um período de pelo menos duas semanas?

A. Lista de sintomas de episódio depressivo maior:

[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]

1. Humor deprimido ou irritável a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas _____
2. Interesse ou prazer marcadamente diminuído em todas ou quase todas as atividades a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas _____

Entrevistador: Se a pergunta 1 ou 2 for endossada, prossiga com os critérios restantes; do contrário, passe para o próximo transtorno.

3. Perda de peso importante sem estar fazendo dieta _____
Aumento de peso importante _____
Redução ou aumento no apetite quase todos os dias _____
4. Insônia (problema para adormecer) ou hipersonia (excesso de sono) quase todos os dias _____
5. Movimento agitado ou excessivo quase todos os dias _____
ou movimento ou atividade letárgico, moroso, lento ou significativamente reduzido quase todos os dias _____
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias _____
7. Sensações de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias [Entrevistador: Isto não deve ser apenas autocensura ou culpa por estar doente.] _____
8. Diminuição da capacidade para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias _____
9. Pensamentos recorrentes de morte _____
Ou pensamentos recorrentes de suicídio sem um plano específico _____
Ou tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio _____

B. Estes sintomas de depressão têm-lhe provocado angústia ou algum tipo de deficiência em algumas das seguintes áreas?

Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.

Relações sociais com outras pessoas _____
 Desempenho acadêmico ou ocupacional _____
 Quaisquer outras áreas de funcionamento _____ (explique) _____

- C. Critérios de exclusão: [Entrevistador: Marque 1 se os sintomas deverem-se a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral; se os sintomas forem mais justificados para luto clínico após a perda de um ente querido ou para transtorno esquizo-afetivo; se os sintomas forem superpostos à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno ilusório ou transtorno psicótico SOE; ou se houver um episódio maniaco, um episódio misto ou um episódio hipomaníaco. Marque 0 se não houver e ? se desconhecido.] _____

Código do diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

As perguntas 1 e 2 da seção A totalizam 1 ou mais? _____
 A seção A totaliza 5 ou mais? _____
 A seção B totaliza 1 ou mais? _____
 A seção C totaliza 0? _____

[Marque aqui se todos os requisitos foram satisfeitos.]

- Transtorno depressivo maior (296.2x)
 [O código para o episódio isolado é 296.2x, para episódios recorrentes é 296.3x; ver DSM-IV-TR para especificações adicionais sobre o transtorno.]

Transtorno depressivo SOE

Entrevistador: Só codifique este quando houver depressão clinicamente importante com deficiência, mas quando não forem satisfeitos todos os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno do ajustamento com humor deprimido ou transtorno do ajustamento com ansiedade mista e humor deprimido.

Transtorno bipolar I: Episódio maniaco

Entrevistador: O diagnóstico requer que o paciente tenha passado por um período distinto de pelo menos uma semana de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, ou qualquer período desse humor que tenha resultado em hospitalização; e tenha tido pelo menos três dos sintomas da lista B a seguir (ou quatro se o humor era fundamentalmente irritável) em um grau importante. Os sintomas também podem criar uma deficiência clinicamente importante nas áreas sociais, acadêmicas e em outras áreas importantes do funcionamento, e os critérios de exclusão devem ser satisfeitos.

Tenho mais algumas perguntas para lhe fazer sobre seu humor ou ajustamento emocional.

A. Você já experimentou um período que durou pelo menos uma semana? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*

1. Em que seu humor estava incomum e persistentemente elevado; ou seja, você se sentiu anormalmente feliz, eufórico, alegre ou em êxtase, bem além dos sentimentos normais de felicidade? _____
2. Ou em que, durante pelo menos uma semana, seu humor estava anormal e persistentemente expansivo; ou seja, você se sentia como se pudesse fazer qualquer coisa que lhe viesse à mente, sentia-se quase sobre-humano em sua capacidade para fazer qualquer coisa que quisesse, ou sentia como se suas habilidades fossem ilimitadas? _____
3. Ou em que, pelo menos durante uma semana, seu humor estava anormal e persistentemente irritável; ou seja, você estava incomumente sensível, muito facilmente propenso a acessos de raiva, muito facilmente aborrecido pelos eventos ou por outras pessoas, ou anormalmente irritável? _____

B. Durante a semana ou por mais tempo que você exibiu este humor anormal e persistente, percebeu qualquer dos seguintes que tenham sido continuados e tenham ocorrido em um grau anormal ou importante? *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*

1. Estava com sua auto-estima aumentada ou se sentia grandioso, muito além do que seria característico para seu grau de habilidades _____
2. Exibia uma necessidade de sono diminuída; por exemplo, sentia-se repousado após apenas três horas de sono _____
3. Estava mais falante do que o habitual ou parecia se sentir pressionado a continuar falando _____
4. Pulava de uma idéia para outra e para outra mais em sua fala, como se suas idéias fluíssem rapidamente _____
5. Estava dispersivo; ou seja, sua atenção era facilmente atraída para eventos ou coisas pouco importantes ou irrelevantes a sua volta _____
6. Exibia um aumento na atividade direcionada para o objetivo, ou seja, tornava-se incomum e persistentemente produtivo ou dirigia mais que o normal de sua atividade para as tarefas que queria realizar ou parecia muito agitado, explicitamente ativo ou anormalmente inquieto _____
7. Exibia um envolvimento excessivo em atividades agradáveis que tinham uma alta probabilidade de conseqüências negativas, danosas ou dolorosas _____

Entrevistador: Se três ou mais sintomas foram endossados, prossiga com os critérios restantes; do contrário, passe para o próximo transtorno.

C. *[Marque 1 se presente, 0 se ausente e ? se desconhecido.]*

1. Esta perturbação em seu humor era suficiente para provocar deficiência, problemas ou dificuldades sérias

- com os relacionamentos sociais, o desempenho acadêmico ou outras atividades importantes? _____
2. Ou seu humor anormal fez com que fosse hospitalizado para evitar que causasse dano a si mesmo ou a outras pessoas? _____
3. Ou você teve alucinações [explique] ou idéias bizarras [pensamento psicótico] ou se sentia ou agia de modo paranóico [como se as outras pessoas tivessem a intenção de prejudicá-lo]? _____
- D. Critérios de Exclusão: *Entrevistador: Marque 1 se os sintomas satisfazem os critérios para um episódio misto ou um transtorno esquizo-afetivo; são os efeitos psicológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral; ou estão superpostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno ilusório ou transtorno psicótico SOE. Marque 0 se a resposta for não e ? se desconhecido. Além disso, se seu cliente satisfizer os critérios para TDAH, marque 0 apenas se ele satisfizer os critérios após excluída a distractibilidade (5, acima) e a agitação psicomotora (segunda parte do 6).* _____

Código de diagnóstico

Requisitos para o diagnóstico:

- A seção A totaliza 1 ou mais? _____
- A seção B totaliza 3 ou mais? _____
- A seção C totaliza 1 ou mais? _____
- A seção D totaliza 0? _____

Marque aqui se todas as exigências foram satisfeitas.

- Transtorno bipolar I: episódio maníaco (296.xx)
[Codifique 296.0x se for um episódio maníaco isolado; 296.4x se forem episódios múltiplos e o mais recente foi um episódio maníaco.]

Transtorno bipolar I: episódio misto

Entrevistador: Codifique este transtorno se os critérios forem satisfeitos para um episódio maníaco e para um episódio depressivo maior quase todos os dias durante pelo menos uma semana; se uma perturbação provoca uma deficiência clinicamente importante; e se os sintomas não são o resultado de uma substância ou de uma condição médica geral.

- Transtorno bipolar I: episódio misto (296.6x)

Transtorno bipolar I: outros tipos de episódios

- Transtorno bipolar I: episódio hipomaníaco mais recente (296.40)
[Codifique este transtorno se os critérios forem satisfeitos para um episódio hipomaníaco (uma forma branda do episódio maníaco; ver DSM-IV-TR), e se tiver havido anteriormente pelo menos um episódio maníaco ou misto.]

- Transtorno bipolar I: episódio deprimido mais recente (196.5x)
[Codifique este transtorno se os critérios forem satisfeitos para um episódio depressivo maior, como foi descrito antes, e se houve previamente pelo menos um episódio maníaco ou misto.]
- Transtorno bipolar I: episódio não-especificado mais recente (296.7)
[Codifique este transtorno se os critérios, exceto com respeito à duração, forem satisfeitos para um episódio maníaco, hipomaníaco, misto ou depressivo maior; se houve anteriormente pelo menos um episódio maníaco ou misto; se a perturbação causa uma deficiência clinicamente importante; e se os sintomas não são resultado de uma substância ou de uma condição médica geral.]

HISTÓRIA ESCOLAR

Qual é o nível mais elevado de escolaridade que você completou? [*Marque um*]

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1. Fundamental completo | 5. Superior incompleto |
| 2. Fundamental incompleto | 6. Superior completo |
| 3. Ensino médio incompleto | 7. Pós-graduação |
| 4. Ensino médio completo | |

Se você esteve na faculdade, abandonou o curso ou parou de frequentar as aulas? _____

Número de vezes em que você começou cursos universitários e não os completou? _____

Você já repetiu uma série? [*Sim = 1, Não = 0*] _____

Que séries você repetiu? _____

Número de vezes que você repetiu séries _____

Você já esteve em alguma classe especial na escola? _____

[*Sim = 1, Não = 0*]

Detalhes: _____

Você foi considerado um problema de disciplina ou de comportamento na escola (por exemplo, um desordeiro ou o palhaço da classe)? _____

Detalhes: _____

Seus professores sempre diziam que você era capaz de ter um desempenho muito melhor do que demonstrava?

[*Sim = 1, Não = 0*]

Você cabulava aula? [*Sim = 1, Não = 0*] _____

Detalhes: _____

Você foi expulso ou suspenso da escola? _____

Detalhes: _____

Você tinha problemas de relacionamento com seus colegas na escola? _____

Detalhes: _____

Você se envolvia em brigas físicas na escola? _____

Em caso afirmativo, com que frequência e em que séries? _____

Você tinha algum problema para fazer a lição de casa? _____

Você tinha algum problema com a compreensão da leitura? _____

Descreva brevemente os tipos de problemas que você experimentou durante seus anos de escola. Quando eles começaram? _____

História psiquiátrica familiar

Entrevistador: Registre aqui os problemas familiares que podem existir entre parentes biológicos deste paciente. Coloque uma marca na célula em que acredita que o transtorno existiu nesse familiar.

Transtornos	Filhos	Irmãos	Mãe	Pai	Outros
Sintomas ou diagnóstico de TDAH					
Sintomas ou diagnóstico de DA					
Retardo mental					
Esquizofrenia/outras psicoses					
Transtorno bipolar					
Depressão maior					
Suicídio					
Transtornos de ansiedade					
Síndrome de Tourette/outras tiques					
Abuso do álcool					
Abuso de substâncias					
Tratamento psiquiátrico hospitalizado					
Epilepsia/convulsões					
Outros problemas médicos (anote a condição):					

Notas sobre o estado mental

Recomendações

Entrevistador: Anote aqui as recomendações que você vai sugerir a este cliente, baseadas nesta avaliação. Coloque simplesmente uma marca na coluna apropriada em seguida a cada tipo de recomendação.

Tipo de recomendação	Sim	Não
Educação sobre TDAH		
Aconselhamento individual		
Ensaio com medicação. Tipo:		
Avaliação vocacional		
Aconselhamento conjugal		
Estratégias comportamentais compensatórias		
Consultor organizacional para problemas relativos ao trabalho		
Aconselhamento/tratamento para abuso de substância		
Treinamento		
Avaliação neuropsicológica		
Consulta com pessoal da faculdade/escola		
Consulta com supervisor no emprego/empregador		
Outro (anote brevemente):		

Resumo do diagnóstico

[Entrevistador: Anote aqui se o cliente satisfaz os critérios do DSM-IV-TR para algum dos seguintes. Sim = 1, Não = 0]

_____ TDAH, tipo combinado	_____ Transtorno da aprendizagem
_____ TDAH, tipo principalmente desatento	_____ TDAH, tipo principalmente hiperativo-impulsivo
_____ Transtorno distímico	_____ TDAH SOE
_____ Transtorno depressivo maior (passado)	_____ Transtorno depressivo maior (atual)
_____ Transtorno de ansiedade generalizada (passado)	_____ Transtorno de ansiedade generalizada (atual)
_____ Transtorno bipolar I	_____ Dependência de álcool
_____ Transtorno obsessivo-compulsivo	_____ Dependência de cocaína
_____ Abuso de álcool	_____ Transtorno desafiador opositivo
_____ Abuso de cocaína	_____ Transtorno da personalidade anti-social
_____ Outro	

Levantamento da história como motorista – Formulário para auto-relato

Nome _____ Data _____

Instruções: Por favor, responda às seguintes perguntas:

	Sim	Não
Você tem atualmente uma carteira de motorista? <i>[Marque um]</i>		
Há quanto tempo você dirige? (em anos)		_____
Quantos quilômetros você dirige em média por semana? (aproximadamente)		_____
Quantas vezes você:		
Teve sua carta cassada ou suspensa?		_____
Dirigiu com a carta vencida?		_____
Esteve envolvido em um acidente ou batida quando estava dirigindo? (inclui pequenas colisões?)		_____
Foi considerado culpado em um acidente?		_____
Atropelou um pedestre ou um ciclista quando estava dirigindo?		_____
Recebeu uma multa por velocidade?		_____
Foi multado por não parar em um sinal vermelho?		_____
Foi multado por dirigir descuidadamente?		_____
Foi multado por dirigir embriagado?		_____
Foi multado por estacionar em local proibido?		_____
No total, quantas multas você recebeu até agora?		_____

Levantamento do comportamento na direção – Formulário para auto-relato

Nome _____ Data _____

Instruções: Para cada item abaixo, por favor faça um círculo no número em seguida a cada item que represente a frequência com que você usa cada habilidade de direção quando está dirigindo normalmente.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequen- temente	Muito frequentemente
1. Antes de dar a partida no carro, verifico todos os espelhos, ajusto o banco (quando necessário) e coloco o cinto	1	2	3	4
2. Quando estou no trânsito, verifico o andamento do trânsito, espero a minha vez e acelero da maneira adequada	1	2	3	4
3. Uso sinais de direção [de luz ou manual] para indicar que vou virar ou mudar de pista	1	2	3	4
4. Viro-me e verifico diretamente pelo vidro traseiro se há algum obstáculo ou alguém no meu caminho antes de dar marcha-à-ré	1	2	3	4
5. Olho diretamente pelos espelhos laterais para a esquerda ou a direita para verificar meus pontos “cegos” antes de mudar de faixa.	1	2	3	4
6. Dirijo em uma velocidade que está dentro dos limites estabelecidos	1	2	3	4
7. Dirijo dentro da faixa marcada na estrada e permaneço do meu lado da estrada nas rodovias de mão dupla	1	2	3	4
8. Evito dirigir nas faixas com linhas interrompidas ou desnecessariamente nos acostamentos das estradas	1	2	3	4
9. Dou passagem aos outros motoristas nos cruzamentos e rotatórias	1	2	3	4

(continua)

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
10. Reajo rápida e adequadamente às luzes ativadas pelo veículo que está na minha frente	1	2	3	4
11. Observo os carros que estão à minha frente para me precaver de obstáculos que possam haver na estrada	1	2	3	4
12. Observo e reajo apropriadamente aos sinais de trânsito (por exemplo, reduzo a velocidade no amarelo, paro no vermelho)	1	2	3	4
13. Ajusto a velocidade às condições de mau tempo que afetam o trânsito e a estrada	1	2	3	4
14. Dirijo a uma distância apropriada dos veículos que estão à minha frente (pelo menos a distância de um carro para cada 15km/hora de velocidade)	1	2	3	4
15. Freio devagar para parar em cruzamentos, se necessário	1	2	3	4
16. Mantenho as duas mãos no volante quando estou dirigindo	1	2	3	4
17. Dirijo lentamente a uma velocidade adequada quando dou marcha-à-ré	1	2	3	4
18. Observo e obedeco aos sinais de trânsito escritos (pare, siga, zona escolar, etc.)	1	2	3	4
19. Sigo as indicações de caminho indicadas na estrada (não me perco quando estou dirigindo)	1	2	3	4
20. Quando vou estacionar, diminuo a velocidade e estaciono no espaço indicado	1	2	3	4
21. Mantenho a atenção (contato do olho) no trânsito e na estrada à minha frente quando estou dirigindo	1	2	3	4
22. Mantenho o volume do rádio do carro, do toca-fitas ou do CD-player baixo o bastante para poder ouvir sirenes ou buzinas de outros carros	1	2	3	4

(continua)

23. Eu me certifico de que os passageiros que estão no meu carro estão usando os cintos de segurança	1	2	3	4
24. Consulto os mapas antes de dirigir para uma área da cidade que não conheço	1	2	3	4
25. Reduzo a velocidade e me afasto do pessoal de manutenção ou construção na estrada ou próximo dela	1	2	3	4
26. Antes de entrar em qualquer interseção, checo o trânsito para entrar em segurança	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor descreve seu desempenho geral na direção:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruim	Abaixo da Média	Médio/satisfatório			Acima da Média			Excelente	

Levantamento do comportamento na direção – Formulário para relato de outra pessoa

Nome _____ Data _____

Pessoa a ser avaliada por você _____

Seu relacionamento com essa pessoa _____

Instruções: Por favor, faça um círculo no número em seguida a cada item que represente a frequência em que você acredita que a pessoa que está avaliando usa cada habilidade de direção quando está dirigindo.

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
1. Antes de dar a partida no carro, verifica todos os espelhos, ajusta o banco (quando necessário) e coloca o cinto	1	2	3	4
2. Quando está no trânsito, verifica o andamento do trânsito, espera a sua vez e acelera da maneira adequada	1	2	3	4
3. Usa sinais de direção [de luz ou manual] para indicar que vai virar ou mudar de pista	1	2	3	4
4. Ele se vira e verifica diretamente pelo vidro traseiro se há algum obstáculo ou alguém em seu caminho antes de dar marcha-à-ré	1	2	3	4
5. Olha diretamente pelos espelhos laterais para a esquerda ou a direita para verificar seus pontos "cegos" antes de mudar de faixa	1	2	3	4
6. Dirige dentro dos limites de velocidade estabelecidos	1	2	3	4
7. Dirige dentro da faixa marcada na estrada e permanece do seu lado da estrada nas rodovias de mão dupla	1	2	3	4
8. Evita dirigir nas faixas com linhas interrompidas ou desnecessariamente nos acostamentos das estradas	1	2	3	4

(continua)

9. Dá passagem a outros motoristas nos cruzamentos e rotatórias	1	2	3	4
10. Reage rápida e adequadamente às luzes de ativadas pelo veículo que está na sua frente	1	2	3	4
11. Observa os carros que estão à sua frente para se precaver de obstáculos que possam haver na estrada	1	2	3	4
12. Observa e reage apropriadamente aos sinais de trânsito (por exemplo, reduz a velocidade no amarelo, para no vermelho)	1	2	3	4
13. Ajusta a velocidade às condições de mau tempo que afetam o trânsito e a estrada	1	2	3	4
14. Dirige a uma distância apropriada dos veículos que estão à sua frente (pelo menos a distância de um carro para cada 15km/hora de velocidade)	1	2	3	4
15. Freia devagar para parar em cruzamentos, se necessário	1	2	3	4
16. Mantém as duas mãos no volante quando está dirigindo	1	2	3	4
17. Dirige lentamente a uma velocidade adequada quando dá marcha-à-ré	1	2	3	4
18. Observa e obedece aos sinais de trânsito escritos (pare, siga, zona escolar etc.)	1	2	3	4
19. Segue as indicações de caminho indicadas na estrada (não se perde quando está dirigindo)	1	2	3	4
20. Quando vai estacionar, diminui a velocidade e estaciona no espaço indicado	1	2	3	4
21. Mantém a atenção (contato do olho) no trânsito e na estrada à sua frente quando está dirigindo	1	2	3	4
22. Mantém o volume do rádio do carro, do toca-fitas ou do CD- <i>player</i> baixo o bastante para poder ouvir sirenes ou buzinas de outros carros	1	2	3	4

(continua)

Itens:	Nunca ou raramente	Às vezes	Freqüen- temente	Muito freqüentemente
23. Certifica-se de que os passageiros que estão no seu carro estão usando os cintos de segurança	1	2	3	4
24. Consulta os mapas antes de dirigir para uma área da cidade que não conhece	1	2	3	4
25. Reduz a velocidade e se afasta do pessoal de manutenção ou construção na estrada ou próximo dela	1	2	3	4
26. Antes de entrar em qualquer interseção, checa o trânsito para entrar em segurança	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor descreve o desempenho geral na direção da pessoa que você está avaliando:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruim	Abaixo da Média	Médio/satisfatório			Acima da Média			Excelente	

Questões na documentação do TDAH como transtorno em conformidade com o Ato dos Americanos com Incapacidades (Americans with Disabilities Act)

Nome do paciente _____ Data _____

Instruções para o clínico: Você vai encontrar a seguir uma lista de questões que freqüentemente devem ser tratadas nos relatos e avaliações de adultos com TDAH se você está apresentando esses relatórios como documentação do transtorno de acordo com o Ato dos Americanos com Incapacidades (Americans with Disabilities Act – ADA). Tratar dessas questões na sua documentação irá diminuir a probabilidade de esta documentação ser rejeitada pelos examinadores, o que lhe garantirá um exame mais rápido e possivelmente uma determinação mais favorável da deficiência potencial para seus clientes. Use este *checklist* para preparar sua documentação para cada paciente e o arquite junto com a pasta do paciente.

√	Questão
	Possuo as credenciais adequadas como clínico para avaliar pacientes para transtornos mentais (por exemplo, diploma de psicólogo clínico, psiquiatra, assistente social, etc.). Se você é médico de família ou clínico geral, pediatra, neurologista, especialista em medicina internas ou outro especialista não rotineiramente treinado no diagnóstico diferencial de transtornos mentais, não deixe de apresentar alguma evidência de qualquer treinamento avançado que tenha recebido nesse diagnóstico diferencial.
	Empreguei os critérios atuais do DSM para o diagnóstico de TDAH, tendo como base os sintomas e o funcionamento atuais (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, American Psychiatric Association).
	Empreguei os critérios atuais do DSM para o diagnóstico de TDAH uma segunda vez, tendo como base a lembrança retrospectiva do paciente de seus sintomas e funcionamento na infância, entre os 5 e os 12 anos. Observe a exceção para a idade do início. O DSM-IV-TR especifica o início dos sintomas que produzem o transtorno aos 7 anos, mas Barkley e Biederman (1997) mostraram que este critério é injustificado e têm recomendado um início na puberdade ou aproximadamente aos 12-14 anos.
	Obtive corroboração dos sintomas e do funcionamento atuais do paciente, por intermédio de alguém que conhece bem o paciente (cônjuge, parceiro, pai/mãe, irmãos).

(continua)

√	Questão
	Obtive corroboração dos sintomas e do funcionamento do paciente na infância , por meio de alguém que o conheceu bem quando criança ou pelo registro da escola ou outro tipo de registro que possa refletir esses sintomas e deficiência.
	Documentei uma história de sintomas de TDAH produzindo deficiência que remonta à infância (antes dos 12-14 anos).
	Documentei que os sintomas do paciente parecem ter sido crônicos e contínuos, exceto durante períodos de tratamento do transtorno.
	<p>Documentei que o paciente está atualmente prejudicado em uma ou mais atividades (autocuidado, relações sociais, casamento ou co-habitação com parceiro, educação, ocupação, manejo do dinheiro, dirigir carro, cuidar de criança ou conduta legal).</p> <p>Documentei que esse prejuízo estende-se no tempo a antes de o paciente ter 18 anos. Observe que o transtorno, segundo o ADA, é definido como um desempenho abaixo do normal ou abaixo da média com relação à média das pessoas na população, e não com relação ao QI do indivíduo ou a algum grupo de pares especial com alto funcionamento, assim como outros alunos universitários.</p>
	Descartei outros transtornos ou condições como possíveis explicações para os sintomas do paciente.
	Expliquei que tratamentos anteriores o paciente recebeu e que acomodações anteriores ele/ela já pode ter recebido com relação a este requisito do ADA.
	Expliquei por que o tratamento não melhorou suficientemente o funcionamento atual do paciente, e por isso as acomodações requisitadas são necessárias (isto é, expliquei por que os tratamentos costumeiros, como medicação, não resultaram em um controle suficiente dos sintomas, de tal forma que o paciente ainda requer acomodações em conformidade com o ADA).
	Listei as acomodações específicas que acredito que o paciente requeira e expliquei brevemente por que elas são necessárias.

Nota. Citação concernente à idade do início (ver acima): Barkley, R.A., e Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.

Conselhos práticos para lidar com TDAH em adultos

- Tome medicação para TDAH em dias letivos ou de trabalho (ou mais freqüentemente).
- Encontre um “treinador” ou “mentor” (por apenas 15 minutos por dia).
- Encontre-se com esta pessoa duas ou três vezes ao dia por 5 minutos para rever seu progresso rumo a seus objetivos naquele dia.
- A responsabilidade no tempo é a chave para o sucesso.
- Identifique uma “ligação do TDAH” no trabalho ou em serviços de incapacidade universitários, e use freqüentemente os serviços dessa pessoa.
- Use um calendário das atribuições diárias, ou um diário – escreva ali tudo o que você precisa fazer e o carregue sempre com você.
- Use cartões de relatório do comportamento diários ou semanais que os supervisores podem pontuar para você a fim de que tenha uma revisão freqüente do seu trabalho.
- Use um processador de texto em vez de escrever à mão relatórios longos.
- Grave em fita aulas ou reuniões importantes.
- Use quaisquer anotações escritas extras, materiais de curso ou outros documentos para ajudá-lo a se lembrar do conteúdo das reuniões e das aulas.
- Use sistemas de organização de cadernos, planejadores diários e/ou assistentes de dados pessoais (*palm pilots, blackberries*).
- Programe as aulas/reuniões/trabalho mais difíceis para o período da manhã, quando você está mais atento.
- Alterne trabalho ou cursos aborrecidos, porém requeridos, com trabalho interessante ou aulas da sua escolha.
- Tempo extra em testes com tempo marcado podem não funcionar ou podem não ser o bastante; até hoje não há nada que evidencie que isso ajuda as pessoas que têm TDAH. É melhor providenciar lugares de teste sem fatores de distração.
- Exercite-se antes das provas ou de aulas ou reuniões aborrecidas.
- Use anotações contínuas para estimular a concentração em aulas ou reuniões pesadas.
- Use um dispositivo de dicas tácteis, o MotivAider (disponível em <http://addwarehouse.com>, em “Treinamento”), para freqüentemente reativar seu senso de alerta ou autoconsciência e seu foco no seu objetivo.
- Aprenda o “SQ4R” para a compreensão da leitura de qualquer texto longo a ser feito:
 - Primeiro, examine o material e as perguntas esboçadas.
 - Depois leia, recite, escreva e após reveja cada parágrafo.
- Encontre um amigo, colega ou companheiro de trabalho que possa tutorá-lo em questões difíceis.
- Trabalhe como parte de uma equipe com pessoas mais organizadas.
- Encontre companheiros de trabalho e colegas de faculdade com os quais você possa trocar telefone, *e-mail* e fax para ocasiões em que possa ter perdido as atribuições, para poder recuperá-las quando estiver fora do trabalho ou da classe.
- Freqüente sessões de ajuda após a aula (ou após o trabalho) sempre que oferecidas.
- Programe reuniões freqüentes de revisão com professores universitários ou supervisores – a cada 3-6 semanas (mas não no final do período de avaliação).
- Observe o uso de cafeína e nicotina – de início estes podem ajudar sua atenção, mas os adultos com TDAH são mais propensos a usá-los em excesso e a se tornarem dependentes destas substâncias.

- Experimente administrar melhor seu uso de outras substâncias legais, como o álcool, e evitar completamente as ilegais.
- Desenvolva padrões de exercícios regulares (três ou mais vezes por semana) para melhorar a atenção, a saúde, o manejo do estresse, etc.
- Procure conselhos e informações sobre o TDAH.
- Considere a terapia cognitivo-comportamental para ajudá-lo a desenvolver auto-afirmações mais construtivas.
- Procure conselhos, ajuda e livros sobre o manejo e a organização do tempo (consulte especialistas nessa área, se disponíveis).
- Torne-se publicamente responsável por outras pessoas, mais freqüentemente para o estabelecimento de objetivos pessoais e programas de automudança (dieta, perda de peso, economia de dinheiro, administração das finanças, conduta social, etc.).
- Procure avaliação vocacional e/ou aconselhamento na carreira para obter um melhor ajuste entre você e seu ambiente de trabalho.
- Procure um profissional para conversar com seu empregador, se necessário (para proteções e acomodações em conformidade com o Americans with Disabilities Act).
- Procure aconselhamento conjugal ou familiar, se necessário.
- Procure tratamento para outros transtornos, se necessário (depressão, ansiedade, etc.).
- Procure tratamento para abuso de substância, se necessário.
- Tem um problema para resolver? Tente o seguinte com uma folha de papel e um lápis:
 - Seis passos para uma resolução de problema efetiva:
 1. Defina o problema: escreva-o e se mantenha ligado a ele.
 2. Gere uma lista de todas as soluções possíveis. Não são permitidas críticas neste estágio.
 3. Depois das soluções serem listadas, critique brevemente cada possibilidade.
 4. Selecione a opção mais agradável.
 5. Transforme este em um contrato de comportamento (assine-o).
 6. Estabeleça penalidades pelo rompimento do contrato.

**Formulários para serem
usados durante tratamento
com medicação**

Ponderando sobre medicações para o TDAH

Nome do paciente _____ Data _____

Instruções: A disponibilidade de uma medicação não-estimulante efetiva aprovada pelo FDA para o manejo clínico dos sintomas de TDAH cria um dilema de tomada de decisão para os clínicos. O *checklist* a seguir proporciona um guia para ajudar os clínicos a progredir por meio destas 17 questões que podem influenciar a decisão de empregar uma medicação estimulante (por exemplo, metilfenidato, anfetamina) ou não-estimulante (por exemplo, atomoxetina). Como diretriz geral, ela deve ser moldada aos aspectos singulares de cada caso clínico, e não descarta a possibilidade de se poder extrair um benefício clínico máximo de uma combinação dessas medicações. Depois de considerar cada questão, coloque um \checkmark na caixa na coluna do Sim ou do Não para a questão. Quanto mais caixas de Sim você marcar, mais você pode desejar considerar um não-estimulante. Quanto menos caixas de Sim você marcar, mais pode ser indicado um estimulante. Depois, archive este formulário na pasta do paciente para documentar que você ponderou sobre tais questões no caso deste paciente.

Sim \checkmark	Não \checkmark	Questão a considerar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. O paciente tem uma aversão anterior ou uma resposta insatisfatória aos estimulantes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. O paciente nunca teve uma reação adversa ou insatisfatória a um agente noradrenérgico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Uma reação imediata à medicação não é requerida para o manejo urgente do TDAH do paciente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. O paciente tem problemas de ansiedade ou depressão além do seu TDAH?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. O paciente tem síndrome de Tourette ou outro transtorno de tique?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. O paciente urina na cama (enurese)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. O paciente tem insônia importante ou problemas para adormecer?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. O paciente tem problemas importantes com mau comportamento no início da manhã?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. O paciente ou o pai ou a mãe expressa preocupação em usar um estimulante do Programa II (possivelmente devido à publicidade adversa ou abuso potencial dos estimulantes)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. O paciente vai encontrar conflito ou hostilidade dos membros da família se for prescrito um estimulante?

(continua)

Sim ✓	Não ✓	Questão a considerar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Há preocupação por parte do clínico, do paciente ou do pai ou da mãe com relação à logística mais complexa de usar um estimulante (visitas mais freqüentes ao consultório, monitoração mais próxima e custos médicos associados aumentados)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. O paciente é um aluno de ensino médio ou universidade para quem o abuso da recreação, o furto ou a diversão podem ser um problema potencial?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. O paciente tem uma história anterior de abuso de droga?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Alguém que mora com o paciente, como um membro da família imediata, tem uma história semelhante?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. O paciente tem sofrido de insônia importante por tomar um estimulante?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. O paciente experimentou problemas comportamentais importantes pela manhã enquanto estava tomando um estimulante?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. O paciente experimentou insensibilidade afetiva ou restrição anormal da expressão emocional (apatia) ao tomar um estimulante?
_____	_____	Totais: Contagem total das caixas de Sim e Não.

Checklist do médico para os pais

Nome _____ Data de nascimento _____

Idade atual _____ Sexo: M _____ F _____

Data da avaliação _____ Relacionamento _____

Instruções: Este *checklist* das perguntas deve ser revisto mensalmente com os pais de crianças que tomam drogas estimulantes.

1. Que dose você tem dado regularmente para seu filho no último mês?
Medicação: _____ Dose: _____
2. Você percebeu algum dos seguintes efeitos colaterais este mês?
 - Perda de apetite/peso
 - Insônia
 - Irritabilidade no fim da manhã ou no fim da tarde
 - Choro incomum
 - Tiques ou hábitos nervosos
 - Dor de cabeça/dor de estômago
 - Tristeza
 - Erupções
 - Vertigem
 - Olheiras
 - Medo
 - Retraimento social
 - Sonolência
 - Ansiedade
3. Se percebeu, descreva com que frequência e quando ocorreram os efeitos colaterais. _____

4. Você conversou ultimamente com a professora da criança? Como é o desempenho da criança na classe? _____

5. Seu filho queixa-se de tomar a medicação ou evita usá-la? _____

6. O medicamento parece estar ajudando a criança tanto este mês quanto no mês passado? Se não, o que parece ter mudado? _____

7. Quando foi a última vez em que seu filho foi examinado pelo médico? (Se foi há mais de um ano, marque uma consulta clínica para ele.) _____

8. Têm havido problemas para dar a medicação para a criança na escola? _____

Informações de acompanhamento

Nome _____ Data de nascimento _____

Idade atual _____ Sexo: M _____ F _____

Medicação: _____

Atitude dos pais sobre a medicação: _____

Atitude do professor(a) sobre a medicação: _____

Atitude da criança sobre a medicação: _____

Problemas: _____

História

Sintomas-alvo	Melhorou	Sem alteração	Piorou
----------------------	-----------------	----------------------	---------------

Hiperatividade – inquietação motora

Extensão da atenção

Distratibilidade

Terminar as tarefas

Controle do impulso

Tolerância à frustração

Aceitação de limites

Relações com os colegas

Efeitos coleterais	Melhorou	Sem alteração	Piorou
---------------------------	-----------------	----------------------	---------------

Apetite

Sono

Eliminação

Choro

Sonolência

Boca seca

Queixas abdominais

Outros: _____

Exame físico

Altura _____

Peso _____

Pressão arterial _____

Pulso _____

Achados positivos _____

Contagem de leucócitos _____ Outros testes laboratoriais: _____ Data: _____

Impressão

Rx _____

Data de retorno: _____

Escala de avaliação dos efeitos colaterais

Nome da criança _____ Data _____

Pessoa que está preenchendo este formulário _____

Instruções: Por favor, avalie cada comportamento de 0 (ausente) a 9 (sério). Faça um círculo em torno de um número em seguida a cada item. Um 0 significa que você não viu o comportamento nesta criança durante a semana passada, e um 9 significa que você o percebeu como sendo muito sério ou ocorreu com muita freqüência.

Comportamento	Ausente										Sério									
Insônia ou sono agitado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pesadelos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Olha fixo ou devaneia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Conversa pouco com os outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Desinteressado das outras pessoas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Apetite reduzido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Irritável	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dores de estômago	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dores de cabeça	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Triste/infeliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Propenso a chorar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rói unha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Eufórico/incomumente feliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vertigem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tiques ou movimentos nervosos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9