

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 01 - Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.....	58
Tabela 02 - Resultados na ESEAC de Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.....	59
Tabela 03 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	60
Tabela 04 - Resultados na ESEAR de Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.....	61
Tabela 05 - Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.....	62
Tabela 06 - Resultados na ESEAC de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.....	64
Tabela 07 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	66
Tabela 08 - Resultados na ESEAR de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.....	68
Tabela 09 - Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.....	70
Tabela 10 - Resultados na ESEAC de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.....	71
Tabela 11 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	73
Tabela 12 - Resultados na ESEAR de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.....	74

Tabela 13 - Frequências e Porcentagens das Variáveis Investigadas no Grupo Clínico.....	76
Tabela 14 - Resultados Gerais do Grupo Clínico.....	77
Tabela 15 - Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.....	78
Tabela 16 - Resultados na ESEAC de Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.....	79
Tabela 17 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	81
Tabela 18 - Resultados na ESEAR de Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.....	82
Tabela 19 - Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Oito Anos do Grupo Típico.....	84
Tabela 20 - Resultados na ESEAC de Meninos de Oito Anos do Grupo Típico.....	85
Tabela 21 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	87
Tabela 22 - Resultados na ESEAR de Meninos de Oito Anos do Grupo Típico.....	88
Tabela 23 - Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.....	90
Tabela 24 - Resultados na ESEAC de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.....	91
Tabela 25 - Média de Pontos na EQA por Subescala.....	93

Tabela 26 - Resultados na ESEAR de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.....	94
Tabela 27 - Frequências e Porcentagens das Variáveis Investigadas no Grupo Típico.....	96
Tabela 28 - Resultados Gerais do Grupo Típico.....	97

RESUMO

O TDAH é uma síndrome neurocomportamental caracterizada por padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. A literatura internacional relata que os portadores de TDAH apresentam dificuldades de relacionamento com pares devido ao impacto dos sintomas sobre as relações interpessoais. No presente trabalho foram entrevistados 39 meninos de sete aos nove anos de idade e seus respectivos pais ou responsáveis. Desta amostra, 18 meninos integraram o Grupo Clínico (crianças com TDAH) e 21 integraram o Grupo Típico (crianças sem TDAH). Investigaram-se as relações de amizade destas crianças por meio de duas entrevistas semi-estruturadas sobre amizade, sendo uma para as crianças e a outra para seus pais. As crianças responderam, ainda, a Escala de Qualidade da Amizade, a qual busca informações sobre a melhor amizade do entrevistado. Todos os meninos da amostra indicaram a existência de, no mínimo, um amigo. A categoria de resposta “Brincar” foi a mais frequente à questão sobre as condições da amizade em ambos os grupos. Houve divergência entre o relato dos pais e das crianças sobre as amizades destas. No Grupo Clínico, 17% dos pais negaram a existência de amigo do filho. No Grupo Típico, todos os meninos relataram reciprocidade da amizade. Porém, no Grupo Clínico, 17% dos meninos relataram não haver reciprocidade da amizade. Discute-se a possível alteração da percepção sobre as relações interpessoais entre os integrantes do Grupo Clínico. Aponta-se a diferença no conceito de amizade entre adultos e crianças como hipótese explicativa para a divergência de relato sobre as amizades entre os pais e os meninos entrevistados. Indica-se a necessidade de pesquisas futuras expandindo-se o número de participantes. Sugere-se, também, que sejam feitos estudos com adolescentes e adultos portadores de TDAH, de ambos os sexos. Com este estudo espera-se ter contribuído para o conhecimento científico das relações de amizade de portadores de TDAH.

ABSTRACT

The ADHD is a neurobehavioral syndrome characterized by persistent pattern of inattention and / or hyperactivity-impulsivity. The international literature reports that individuals with ADHD have difficulties in relationships with peers due to the impact of symptoms on interpersonal relationships. In this study 39 children were interviewed from seven to nine years of age and their parents or guardians. This sample, 18 boys joined the Clinical Group (children with ADHD) and 21 joined the Group Typical (children without ADHD). Investigated the relationship of friendship for children through two semi-structured interviews on friendship, one for children and another for their parents. Also, the kids responded the Friendship Quality Scale, which seeks information on the best friend of the interviewee. All boys in the sample indicated the existence of at least one friend. The response category of "Play" was the most frequent question about the conditions of friendship in both groups. There was disagreement between the reports of parents and children on these friendships. In Clinical Group, 17% of parents denied the existence of the child's friend. In Group Typical, all the boys reported reciprocity of friendship. However, in the Clinical Group, 17% of boys reported no reciprocity of friendship. We discuss the possible change in the perception of interpersonal relationships between members of the Clinical Group. Note the difference in the concept of friendship between adults and children as a hypothesis for explaining the difference in reporting on the friendship between parents and children interviewed. Indicates the need for future research is expanding the number of participants. It is suggested, too, which made studies of adolescent and adult patients with ADHD of both sexes. This study is expected to have contributed to the knowledge of friendly relations of individuals with ADHD.

Capítulo I

INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objetivo principal investigar relações de amizade em meninos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. A escolha do tema justifica-se, em primeiro lugar, pela importante função da amizade como promotora do desenvolvimento cognitivo (Hartup, 1996), do bem-estar subjetivo (Hartup & Stevens, 1997; Newcomb & Bagwell, 1996) e do apoio social em crianças comumente sujeitas à vitimização e rejeição por seus pares (Garcia, 2005a; Hoza & cols., 2005; Rubin & Coplan, 1992; Tonelotto, 2002; Unnever & Cornell, 2003). Em segundo lugar, a escolha do tema da amizade na infância justifica-se pela necessidade de maior produção de conhecimento científico sobre o assunto, uma vez que a literatura aponta lacunas nas investigações empíricas e teóricas nesse campo (Garcia, 2005c; Goldstein & Goldstein, 2002; Hinshaw, 1992; Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner & Gnagy, 2003; Mrug, Hoza, Pelham, Gnagy & Greiner, 2007).

Com relação à escassez de estudos sobre TDAH e amizade, em revisão bibliográfica da produção científica publicada na forma de artigos na base de dados *PsycInfo* sobre TDAH, realizada no mês de julho de 2007, encontrou-se 1962 resumos de artigos de periódicos ao inserir-se em “title” a sigla *ADHD* (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*). Ao selecionarem-se os artigos referentes aos dez últimos anos de publicação, 1638 resumos foram encontrados. Desses, apenas dois artigos faziam menção à amizade, embora indiretamente. Um deles focaliza relações de pares em crianças com TDAH e o outro compara problemas sociais de crianças portadoras de TDAH com crianças com Transtorno Desafiador-Opositor (Hoza & cols., 2005; Frankel & Feinberg, 2002). Fazendo uma revisão bibliográfica mais específica por meio do *Journal of Attention Disorders* - periódico que aborda exclusivamente TDAH - no mês de agosto de 2007, foi encontrado um trabalho cuja proposta é de intervenção nas relações de amizade de crianças com TDAH (Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner & Gnagy, 2003). Outros trabalhos que abordem relações de amizade infantis e TDAH não foram encontrados.

Procurando-se relatos de pesquisa sobre TDAH no Brasil através do site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bvs-psi.org.br) foram encontrados 46 textos - busca realizada em setembro de 2007, inserindo-se em “todas as palavras” o termo TDAH. Apesar de essa base de dados prover acesso a artigos publicados em mais de 60 revistas de psicologia, não foram identificados estudos que abordaram diretamente relações de amizade em crianças com TDAH. Assim, pode-se dizer da inexistência de estudos brasileiros abordando especificamente relações de amizade na infância em portadores de TDAH, não obstante haver referências às dificuldades de interação social dessas pessoas na literatura nacional (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczik, 2000; Sena & Diniz Neto, 2005; Teixeira, 2006; Tonelotto, 2002).

Em 2007, no Brasil, dois eventos científicos de âmbito internacional abordaram o TDAH. O primeiro deles foi o II Simpósio Internacional de TDAH da UFMG, realizado no mês de junho em Belo Horizonte. O segundo evento, ocorrido no Rio de Janeiro no mês de agosto, foi o III Congresso Internacional de TDAH, promovido pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Nenhum desses eventos apresentou atividades que abordassem diretamente as relações interpessoais de portadores de TDAH, seja enfocando relacionamentos entre pares ou de amizade. A título de exemplo, no III Congresso Internacional de TDAH alguns dos temas abordados foram o significado de ter TDAH, como o TDAH pode afetar a aprendizagem, comorbidades e diagnóstico diferencial do TDAH e transtornos disruptivos (comportamentos de agressividade e oposição) na escola.

Diante do exposto, aponta-se a importância de se investigar relações de amizade em crianças com TDAH. A relevância científica do presente trabalho se dá pela escassez de estudos brasileiros e internacionais sobre o tema. Sua relevância social se manifesta pela possibilidade de indicação de intervenções preventivas à rejeição e vitimização sofridas por essas crianças.

1.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

1.2.1 DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O TDAH pode ser definido como uma síndrome neurocomportamental caracterizada essencialmente por padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade (APA, 2002; Rotta, 2006). Barkley (1997; 2002) o define como um transtorno do desenvolvimento do autocontrole, da capacidade de persistência da atenção em tarefas de baixa motivação, do controle de impulsos e inibição do comportamento, e do nível de atividade. Portanto, o TDAH seria marcado por um nível inadequado de atenção em relação ao esperado para a idade – o que localiza esse transtorno entre os distúrbios do desenvolvimento – gerando déficits motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais (Barkley, 1997; 2002; Rotta, 2006).

Estudos anátomofisiológicos têm atribuído a sintomatologia do TDAH a disfunções estriatonigral e do lobo frontal, particularmente da região pré-frontal. Funções complexas e bem diversificadas como a atenção, memória, emoção, orientação, julgamento, planejamento têmporo-espacial, inibição do comportamento e motricidade têm participação direta do lobo frontal, e alterações causadas por mau funcionamento do circuito pré-frontal dorsolateral comprometem a habilidade de adaptação a novas situações. Assim, a base das habilidades cognitivas, emocionais e sociais estaria em déficit funcional no TDAH, refletindo-se em déficit comportamental no portador do transtorno (Beato, 2005).

O TDAH apresenta ampla heterogeneidade clínica (Desidério & Miyazaki, 2007, Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004), ou seja, varia em grau de comprometimento e de necessidade e/ou resposta ao tratamento medicamentoso (Pinheiro, Camargos Jr. & Haase, 2005). Manifesta-se comumente na infância, mas pode persistir até à vida adulta (Silva, Louzã & Vallada, 2006). Traz estresse familiar pelos prejuízos acadêmico e comportamental que acarreta (Biederman, 2005; Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Rotta, 2006), influenciando negativamente a auto-estima no portador (Olvera, 2000).

O Código Internacional de Doenças em sua Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Texto Revisado (DSM-IV-TR) (APA, 2002) – sistemas classificatórios modernos mais utilizados em psiquiatria – apresentam similaridades nas diretrizes diagnósticas para o TDAH, apesar de adotarem

nomenclaturas diferentes (Rohde & Halpern, 2004). Assim, no CID-10 (OMS, 1993), esse transtorno está caracterizado por “início precoce, uma combinação de comportamento hiperativo e pobremente modulado com desatenção marcante, falta de envolvimento persistente nas tarefas, conduta invasiva nas situações e persistência no tempo dessas características de comportamento” (p. 256). Os sintomas devem ter início antes dos seis anos de idade e serem evidentes em diferentes contextos (em casa e na escola, por exemplo). A nomenclatura utilizada é Transtorno Hipercinético e a denominação Transtorno Hipercinético Associado a Transtorno de Conduta, ou simplesmente Transtorno de Conduta Hipercinética, é sua principal divisão. Tal divisão deve ser empregada, porém, quando os critérios globais para transtorno hipercinético e para transtorno de conduta são satisfeitos (OMS, 1993).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) adota a nomenclatura Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade - utilizada no presente trabalho. Seus critérios incluem a persistência, pelo período mínimo de seis meses, de seis ou mais sintomas de desatenção ou seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade (Anexo A). Os sintomas devem, ainda, estar presentes antes dos sete anos de idade e deve haver prejuízo, causado pelos sintomas, em dois ou mais contextos (escola e casa, por exemplo), deteriorando o funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. O diagnóstico de TDAH deve excluir transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, além de não ser melhor explicado por outro transtorno mental (transtornos do humor, de ansiedade, dissociativo ou de personalidade) (APA, 2002).

A noção de frequência dos sintomas de TDAH listados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) não segue uma definição clara, isto é, não é enunciado por esse manual o que se entende por “freqüentemente”, podendo haver discrepâncias no julgamento clínico de diferentes profissionais (Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois & Kieling, 2004). Esses autores propõem um critério de definição do que pode significar o termo “freqüentemente” na prática psiquiátrica: o sintoma deve ocorrer mais vezes que não ocorrer na situação sob investigação para ser considerado freqüente (Rohde & cols., 2004).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) prevê, ainda, a divisão do TDAH em três tipos dependendo da predominância de sintomas. Assim, o Tipo Predominantemente Desatento, o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e o Tipo Combinado ou Misto, apresentam, respectivamente, maior número de sintomas de desatenção,

hiperatividade-impulsividade ou de ambos os grupos. É permitido, ainda, o diagnóstico de TDAH Sem Outra Especificação para indivíduos que não satisfazem todos os critérios diagnósticos. Para adolescentes e adultos que não satisfazem todos os critérios, mas apresentam prejuízos clínicos significativos, a denominação utilizada deve ser TDAH Em Remissão Parcial (APA, 2002).

A divisão do TDAH nas três categorias mencionadas tem sido questionada (Barkley, 2001; 2007; Pelham Jr., 2001; Rohde, 2007; Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004), sendo proposto que o Tipo Predominantemente Desatento constitui uma categoria nosológica diferenciada, não sendo TDAH propriamente dito (Barkley, 2001; 2007). Para Barkley (2001) o Tipo Desatento não se enquadra nas características de TDAH, restando ampliar e refinar a lista de sintomas que distinguem o TDAH de outros transtornos. Além disso, mais estudos neuropsicológicos precisam ser feitos para se obter um panorama mais acurado das possíveis alterações funcionais de áreas cerebrais nesse tipo de TDAH. Pelham Jr. (2001), entretanto, enuncia que a questão do Tipo Desatento de TDAH ser ou não uma categoria nosológica à parte é menos importante que a consideração mais ampla dos sintomas listados pelo DSM-IV-TR. Para esse autor, ao se tratar de um indivíduo há de se levar em maior consideração seu prejuízo funcional ao invés de sua lista de sintomas. É preciso avaliar, então, o déficit que a criança apresenta em diferentes contextos e assim formular propostas de intervenção que sejam apropriadas a ela (Pelham Jr., 2001).

Barkley (2007) retoma essa questão e postula que a principal característica do TDAH é o comprometimento da resistência à distração e da memória de trabalho (esquecimento de metas), o que demonstra déficit nas Funções Executivas (FE). Porém, o grupo Predominantemente Desatento seria caracterizado por processamento cognitivo lento e não por falta de persistência da atenção (atenção sustentada). Segundo esse autor, a nomenclatura Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade é inadequada, estando em processo de elaboração a proposta de uma denominação do TDAH como comprometimento das FE (Barkley, 2007). No Brasil, Antony e Ribeiro (2004) defendem que a hiperatividade é que define o TDAH, não havendo um déficit de atenção propriamente dito. Desse modo, a terminologia mais adequada seria Transtorno de Hiperatividade/ Atenção (Antony & Ribeiro, 2004).

Na perspectiva da Teoria do Desenvolvimento Dinâmico (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004) - adotada no presente trabalho - compreende-se o TDAH, especialmente os Tipos Hiperativo-Impulsivo e Combinado, como fruto de alterações

nas funções dopaminérgicas cerebrais. Essa teoria entende o TDAH como uma patologia cuja alteração comportamental não se difere qualitativamente do comportamento normal. Portanto, no TDAH o que ocorre é um excesso no funcionamento normal e adaptativo do sistema nervoso central. Uma disfunção cerebral dopaminérgica, especificamente do ramo dopaminérgico mesolímbico, causada por fatores genéticos em constante interação com o ambiente, produz alterações no reforçamento comportamental e déficits na extinção de comportamentos previamente reforçados. Isso significa que a disfunção do ramo dopaminérgico mesolímbico ocasiona o desenvolvimento de comportamento hiperativo quando em situações novas, impulsividade, déficit na sustentação da atenção, variabilidade comportamental e falha em inibição de respostas (Sagvolden & cols., 2004).

A disfunção do ramo dopaminérgico mesocortical, por sua vez, causaria deficiências na resposta atencional e pobre planejamento comportamental (empobrecimento das funções executivas). Disfunções do ramo dopaminérgico nigroestriatal levariam a prejuízo na modulação das funções motoras e déficits de memória. Dessa maneira, a Teoria do Desenvolvimento Dinâmico postula que o TDAH é melhor compreendido como Transtorno do Reforçamento/Extinção (TER), dando-lhe, assim, uma nomenclatura mais adequada (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004).

Além disso, o Tipo Predominantemente Desatento não se constitui como TDAH, uma vez que a atenção – principal função cognitiva em prejuízo nesse Tipo de TDAH – é um conceito dimensional (Barkley, 2002; Sagvolden & col., 2004; Schwartzman, 2001). Isso significa que a atenção sofre modificações em seu nível de funcionamento, seguindo mudanças do organismo ou do ambiente. Assim, uma mesma pessoa tem diferentes níveis de atenção durante o dia, variando de acordo com influências intrínsecas ao organismo e/ou ambientais. Em diversas situações clínicas encontram-se déficits atencionais (Bastos, 2005), não podendo ser a atenção um parâmetro único confiável para o diagnóstico de TDAH (Sagvolden & col., 2004).

Portanto, a Teoria do Desenvolvimento Dinâmico (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004) enuncia o TDAH como resultante de um déficit do funcionamento do sistema dopaminérgico, o que ocasiona deficiência no processo de extinção de comportamentos. Tal deficiência provoca comportamentos em excesso (nomeados como hiperatividade) e aumento na variabilidade comportamental (interpretado como “falha na inibição de respostas”). Para essa teoria, o TDAH caracteriza-se fundamentalmente como um transtorno da motivação, isto é, pessoas com TDAH

sofrem de falta de motivação intrínseca que lhes permita permanecer em atividades percebidas como tediosas. Essa teoria afirma, ainda, que os sintomas do TDAH são parcialmente causados por regulação atencional deficiente, além de deterioração das funções motoras. Contudo, os sintomas de TDAH são desenvolvidos como consequência de processos alterados de reforçamento e de deficiências na extinção de comportamentos inadequados. Tais sintomas são modificados de forma dinâmica ao longo do crescimento infantil e da interação da criança com seu meio familiar e social (Sagvolden & cols., 2004).

1.2.2 HISTÓRICO

As primeiras referências à hiperatividade surgiram na literatura médica ao longo do século XVIII (Leite, 2002). Porém, somente em 1900 o pediatra inglês George Still apresentou um caso clínico com características de déficit de atenção e hiperatividade (Rotta, 2006), dando-lhe o nome de “Defeito na Conduta Moral” (Leite, 2002). Meyer, em 1904, usou o termo “Distúrbio Orgânico do Comportamento” para descrever o quadro apresentado por crianças que tinham sofrido lesão cerebral traumática (Leite, 2002; Schwartzman, 2001). Já em 1922, Hohman nomeou como “Desordem Pós-Encefalítica” o comportamento de crianças que, após sofrerem encefalite epidêmica de Von Economo, ficaram inquietas, desatentas e impacientes. Passou-se a admitir a partir de então que crianças com problemas na manutenção da atenção, da regulação do afeto, da atividade e da memória deviam ter sofrido alguma lesão cerebral, surgindo na década de 1940 a designação “Lesão Cerebral Mínima” (Leite, 2002).

Laufer e Denhoff, em 1957, e Stella Chess, em 1960, introduziram o termo “Hiperatividade” para se referir a essas crianças e, em 1962, Clements e Peters propuseram a utilização do termo “Disfunção Cerebral Mínima” (Leite, 2002; Schwartzman, 2001). O termo “Reação Hiperkinética da Infância” foi adotado ainda na década de 1960 na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM-II -, enquanto a Classificação Internacional de Doenças - Nona Edição - CID-9 - usou a designação “Síndrome Hiperkinética” (Leite, 2002).

Virgínia Douglas, em 1972, sugeriu que o déficit primário das crianças com comportamento hiperativo devia-se ao déficit na manutenção da *atenção* e do *controle do impulso*, e não propriamente na *hiperatividade*. A partir disso, as pesquisas passaram a focalizar os problemas de atenção e impulsividade. Com o trabalho de Gabriel Weiss

ficou evidente que, com o passar do tempo, o nível de atividade das crianças hiperativas diminuía, mas déficits *atencionais* e no *controle dos impulsos* persistiam até à vida adulta (Schwartzman, 2001). Em 1980, O DSM-III alterou o termo, antes denominado “Reação Hiperkinética da Infância”, para “Distúrbio do Déficit de Atenção” e, em 1987, para “Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade”. O CID-10, em 1993, manteve a nomenclatura “Transtornos Hiperkinéticos” enquanto o DSM-IV, em 1994, usou a denominação Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade, mantendo-a em sua atual edição revisada - DSM-IV-TR - de 2002 (Leite, 2002). No Brasil, foi sugerida por Antony e Ribeiro (2004) a denominação Transtorno de Hiperatividade/ Atenção, na qual se privilegia o aspecto da hiperatividade em detrimento do déficit de atenção no TDAH (Antony & Ribeiro, 2004). Enfim, a Teoria do Desenvolvimento Dinâmico propõe a nomenclatura Transtorno do Reforçamento/Extinção (TER) como a mais fidedigna à deficiência existente nos portadores de TDAH (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004).

Na atualidade, leigos e profissionais da saúde questionam a existência do TDAH (Barkley, 2002; Lima, 2005; Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004). No Brasil, Lima (2005) discute a criação da categoria nosológica TDAH como sendo uma possibilidade de construção de bioidentidade do homem na pós-modernidade. Para Lima (2005) a cultura ocidental contemporânea vivencia o falecimento de redes de pertencimento social, antes existentes pelos fortes laços familiares e pelo mundo do trabalho na era industrial. Com o enfraquecimento dos vínculos familiares e sociais, o homem pós-moderno refugia-se no corpo buscando a “saúde perfeita”. Assim, o corpo biológico é, para o indivíduo contemporâneo, o meio de identificação com outros indivíduos também “portadores” de algum transtorno. O TDAH seria, portanto, uma construção científica amplamente aceita pelo homem pós-moderno devido à carência de laços sociais característica da cultura ocidental contemporânea (Lima, 2005).

Barkley (2002) e Sagvolden, Johansen, Aase & Russell (2004) também discutem a existência do TDAH como fruto da sociedade ocidental. Postula-se que o TDAH seria produto do estilo de vida da sociedade do ocidente, na qual os acontecimentos se dão de forma muito rápida. A característica de constante mudança nas contingências comportamentais e de raros casos de adiamento de reforço comportamental tornaria, ainda, essa sociedade propensa ao TDAH. Além disso, a sociedade ocidental permitiria às crianças pequenas comportamentos que posteriormente não lhes serão apropriados (Sagvolden & cols., 2004). Assim, exige-se dessas crianças a extinção de

comportamentos aprendidos e antes aceitos, ou até reforçados, no meio familiar e social. Na sociedade oriental, por sua vez, comportamentos infantis inadequados sofreriam extinção desde a mais tenra idade, colocando tal sociedade em vantagem sobre a sociedade ocidental. De fato deve-se reconhecer que cada sociedade cria contingências comportamentais aos seus membros, exercendo importante influência na extinção e reforçamento de comportamentos (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004).

Todavia, repetidas evidências científicas mostram prevalências significativas de TDAH em países orientais, demonstrando sua existência também na cultura oriental (APA, 2002; Barkley, 2002; Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Há, também, ampla comprovação experimental da participação de genes do sistema dopaminérgico na transmissão hereditária do TDAH (Swanson & cols., 2007; Thapar, Langley, Owen & O'Donovan, 2007; Waldman & Gizer, 2006). Entretanto, é constantemente relatado na literatura o importante papel do ambiente no desencadeamento do TDAH (Biederman, 2005; Rotta, 2006; Vasconcelos & cols., 2005), podendo-se dizer da existência de um transtorno que ocasiona alterações comportamentais significativas e dependentes da interação dinâmica entre indivíduo e ambiente (Sagvolden, Johansen, Aase & Russell, 2004).

1.2.3 ETIOLOGIA

É amplamente reconhecida na literatura a forte participação genética na etiologia do TDAH (Roman, Rohde & Hutz, 2002; Swanson & cols., 2007; Thapar, Langley, Owen & O'Donovan, 2007; Waldman & Gizer, 2006). Entretanto, junto aos resultados de estudos com gêmeos, de adoção e de genética molecular (Biederman & Faraone, 2005; Thapar & cols., 2007), nos quais a hereditariedade do TDAH é demonstrada, fica evidente a complexa interação gene-ambiente como importante fator desencadeante do transtorno (Rotta, 2006; Swanson & cols., 2007; Vasconcelos & cols., 2005). Dessa maneira, não há dados conclusivos sobre a etiologia do TDAH (Roman, Schmitz, Polanczk & Hutz, 2003), sendo a mesma melhor definida como multifatorial. Isso significa que a etiologia do TDAH abrange fatores genéticos e ambientais que podem se combinar num amplo espectro de possibilidades (Biederman, 2005; Rotta, 2006).

Sabe-se, no entanto, que o gene DAT1, transportador de dopamina, e que o gene DRD4, codificador do receptor de dopamina, têm efeito na transmissão genética do TDAH (Guardiola, 2006). O sistema dopaminérgico tem sido foco na maioria dos

estudos moleculares do TDAH, sendo que praticamente todos os genes conhecidos desse sistema já foram objetos de estudos de associação com o transtorno. Genes dos sistemas noradrenérgico e, recentemente, do serotoninérgico também são investigados quanto aos seus efeitos no TDAH. Porém, apesar de haver possibilidade de influência, não há estudos conclusivos suficientes (Roman, Rohde & Hutz, 2002; Szobot & Stone, 2003). O que pode ser afirmado, portanto, é que parece não haver um único gene para o TDAH, mas, ao contrário, vários genes com pequeno efeito cada um e que, quando combinados, acarretam em uma vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno (Rotta, 2006; Thapar, Langley, Owen & O'Donovan, 2007). A genética do TDAH é bastante heterogênea e, certamente, o futuro de suas pesquisas envolverá possíveis “subfenótipos” e a investigação crescente dos efeitos de risco de múltiplos genes (interação genes-genes) e da interação com fatores de risco ambientais (Roman & cols., 2002; Swanson & cols., 2007; Thapar & cols., 2007).

Porém, dentre os fatores ambientais de possível efeito no desencadeamento do TDAH, podem-se citar fatores pré-, para- e pós-natais. Fatores maternos decorrentes de etiologias como infecções congênitas, intoxicações, hemorragias, doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, são exemplos de fatores pré-natais que podem alterar a integridade do sistema nervoso fetal. Entre os fatores para-natais estão os que podem ocorrer durante o trabalho de parto, sejam por causas maternas, da criança ou do parto. As infecções do sistema nervoso, acidentes vasculares cerebrais, traumatismos craniocéfalos, processos expansivos e alterações metabólicas são exemplos de fatores pós-natais que podem estar relacionados ao TDAH (Guardiola, 2006).

Possíveis fatores ambientais de influência no TDAH, como o tabagismo materno durante a gravidez, também têm sido abordados na literatura (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Swanson & cols., 2007). Assim, Milberger, Biederman, Faraone, Chen e Jones (1996) demonstraram um risco quatro vezes maior para o TDAH em crianças cujas mães fumaram no período pré-natal. Nascimento prematuro e baixo peso ao nascer também aumentariam o risco para TDAH (Bhutta, Cleves, Casey, Craddock & Anand, 2002; Lahiti & cols., 2006; Linnet & cols., 2006). No entanto, a maior parte das crianças que nascem com baixo peso não desenvolve o transtorno, e a maior parte das crianças com TDAH não apresenta baixo peso ao nascer (APA, 2002). Histórico de abuso ou negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxinas (envenenamento por chumbo, por exemplo), exposição a drogas *in utero* e retardo mental também podem estar associados ao TDAH (APA, 2002). Adversidades

psicossociais como conflito familiar, coesão familiar diminuída e psicopatologia, especialmente materna, mostraram-se mais comuns em famílias com TDAH que em famílias sem TDAH (Biederman & cols., 1995). Porém, tais fatores de adversidades psicossociais são preditores universais do funcionamento adaptativo e da saúde mental de crianças, não sendo preditores exclusivos do TDAH. Eles podem dar indícios de grande diversidade de distúrbios mentais, mas não especificamente de TDAH (Biederman & cols., 1995).

No Brasil, Vasconcelos e cols. (2005) realizaram um estudo retrospectivo sobre a contribuição dos fatores psicossociais na ocorrência de TDAH em uma amostra de 403 alunos de uma escola pública primária do estado do Rio de Janeiro. A idade dos participantes variava entre seis e 15 anos e os mesmos residiam em comunidades carentes vizinhas à escola. Foi aplicado um questionário com os critérios diagnósticos para TDAH do DSM-IV-TR, um questionário psicossocial elaborado pelos autores, anamnese e exames físico e neurológico completos. Dentre os resultados estatisticamente significativos estavam a violência entre os pais, separação dos pais, brigas conjugais na gravidez, assassinato de um familiar, assassinato do pai e história pregressa de depressão materna como variáveis associadas ao TDAH. A variável mais significativa foi “brigas conjugais no passado”, responsável pelo risco quase 12 vezes maior de se manifestar o transtorno.

Discute-se no trabalho de Vasconcelos e cols. (2005) a existência de um efeito de dose-resposta entre os fatores psicossociais e o diagnóstico de TDAH da amostra estudada por meio da variável “morte violenta por assassinato de familiar próximo”. Isso significa que, em um determinado contexto genético e ambiental, o impacto vindo da variável “morte violenta por assassinato de familiar próximo” poderia acarretar em um efeito cumulativo suficiente para deslocar a criança do espectro de intensidade dos sintomas e então fazer com que ela manifeste o TDAH. A variável “morte violenta por assassinato de familiar próximo” foi destacada por ser a única a distinguir o grupo de alunos com TDAH do grupo com diagnóstico indeterminado (preenchimento parcial dos critérios diagnósticos), sugerindo ser um fator de risco verdadeiro para TDAH (Vasconcelos & cols., 2005).

1.2.4 PREVALÊNCIA

O TDAH é encontrado tanto na cultura ocidental quanto oriental (APA, 2002; Barkley, 2002; Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003), sendo que há variação na prevalência relatada em países ocidentais, como Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha. Essa variação deve-se a diferentes práticas e critérios diagnósticos adotados (APA, 2002). Assim, em revisão teórica de estudos sobre prevalência do TDAH, Faraone e cols. (2003) estimam que 3 a 7% das crianças em idade escolar do mundo inteiro apresentem TDAH, com taxas oscilando devido à natureza da população amostral (amostra clínica, comunitária ou escolar) e do método de avaliação empregado (escalas preenchidas por pais, professores ou exame clínico) (APA, 2002). Faraone e cols. relatam também uma prevalência de 5% entre crianças norte americanas, enquanto Barkley (2002) menciona um índice de 7% entre as crianças japonesas e neozelandesas. Na China esse valor situa-se entre os 6 e 8% (Barkley, 2002).

Estudos brasileiros mostram prevalências de TDAH variando entre os 5 a 17% da população. Essas taxas oscilam devido às variações amostrais, quanto à idade e procedência, e pelos diferentes métodos avaliativos adotados. Assim, Rohde e cols. (1999) encontraram prevalência de 5,8% em 1.013 adolescentes de 12 a 14 anos. Os participantes desse estudo eram alunos de 64 diferentes escolas públicas da cidade de Porto Alegre e foram usados critérios do DSM-IV para diagnóstico de TDAH (Rohde & cols., 1999). Leite (2002) relata prevalência de 9,85% em crianças mineiras da cidade de Inhaúma, escolares da rede pública primária. A idade média dos participantes era de 9 anos e os critérios diagnósticos utilizados foram os do DSM-IV-TR (Leite, 2002). Em 2003, Vasconcelos e cols. indicaram índice de 17,1% em 403 crianças e adolescentes da cidade de Niterói – RJ - com idades entre os seis e os 15 anos. A amostra provinha de uma única escola pública primária, onde pais e professores preencheram questionários com critérios do DSM-IV-TR (Vasconcelos & cols., 2003).

Poeta e Rosa Neto (2004) relataram taxa de 5% de prevalência em 1.898 escolares da rede pública da cidade de Florianópolis, usando a *Escala de la evaluación del transtorno por déficit de atención con hiperactividad* (EDAH; Farré & Narbona, 2001). As idades variavam entre os seis e os 12 anos e a escolaridade entre a 1ª e a 4ª séries (Poeta & Rosa Neto, 2004). Em estudo piloto na cidade de Salvador foi encontrada prevalência inicial de 5,3% alcançando o índice de 6,7% das crianças na fase final. Utilizou-se a Escala TDAH Versão Para Professores para avaliação dos 774

escolares da amostra. Esses cursavam o ensino fundamental de escolas das redes pública e privada de ensino (Freire & Pondé, 2005; Pondé & Freire, 2007). Enfim, Fontana, Vasconcelos, Werner Jr., Góes e Liberal (2007) encontraram 13% de prevalência entre crianças fluminenses da cidade de São Gonçalo. Fizeram parte da amostra 461 crianças de seis aos 12 anos, estudantes de quatro diferentes escolas públicas. Critérios do DSM-IV-TR foram utilizados em triagem com professores e entrevistas com os pais (Fontana & cols., 2007).

O TDAH é mais freqüente no sexo masculino, com proporção variando de 2:1 a 9:1 conforme o Tipo do transtorno (Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo ou Combinado) ou a natureza da amostra (comunitária, clínica ou escolar). Há, portanto, uma diferença de gênero menos pronunciada em alguns tipos de TDAH e estudos de natureza clínica são propensos a demonstrar maior prevalência em meninos (APA, 2002; Biederman & Faraone, 2005; Rohde & Halpern, 2004). O fato de as meninas apresentarem mais freqüentemente TDAH com predomínio de desatenção e menos sintomas de transtorno de conduta em comorbidade causa menos dificuldades escolares e a suas famílias. Assim, meninas são menos encaminhadas para tratamento, sendo esta uma causa provável da diferença encontrada na proporção de TDAH entre gêneros (Gaião-e-Barbosa, 2003; Golfeto & Barbosa, 2003).

Na adolescência, parece haver um equilíbrio de 1:1 na prevalência de TDAH entre gêneros (Rotta, 2006), o que pode ser explicado pela produção de andrógenos testiculares nos meninos e adrenais nas meninas. O aumento na produção desses hormônios leva à maturação sexual típica da puberdade e causa aumento das monoaminas envolvidas na fisiopatologia do TDAH (Guardiola, 2006). Em estudo brasileiro, Silva, Louzã e Vallada, (2006) demonstraram predomínio do sexo masculino (61,2%) em uma amostra de adultos com TDAH da cidade de São Paulo. Esse resultado está em desacordo com a literatura sobre prevalência de TDAH na vida adulta (Silva & cols., 2006), ou seja, a maioria dos estudos aponta uma proporção maior de mulheres com TDAH em relação aos homens com TDAH na adultez (Rotta, 2006).

Acerca das diferenças de gênero no TDAH, Gershon (2002) relata em sua revisão de estudos empíricos que as meninas apresentam índices menores nos sintomas de hiperatividade, desatenção, impulsividade e distúrbios externalizantes (agressividade e hiperatividade) (Achenbach, 1992). Porém, apresentam mais prejuízos intelectuais e distúrbios internalizantes (ansiedade e depressão) (Achenbach, 1992). Biederman, Faraone & Monuteaux, (2002) também relatam diferenças de gênero na manifestação do

TDAH. Segundo esses autores, problemas de aprendizagem e do funcionamento global são mais observados em meninos, sendo esses mais vulneráveis ao transtorno que as meninas (Biederman & cols., 2002).

Graetz, Sawyer e Baghurst (2005) também relatam diferenças de gênero no TDAH de crianças australianas de seis a 13 anos de idade, estando as meninas mais prejudicadas na comorbidade TDAH e distúrbios somáticos. Nesse estudo, os meninos obtiveram pior funcionamento escolar, corroborando os dados de Gershon (2002) quanto aos distúrbios internalizantes e os de Biederman, Faraone & Monuteaux (2002) quanto aos dados de problemas escolares. Quanto aos sintomas nucleares ou tríade sintomatológica do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) (Olvera, 2000) não foi encontrada diferença significativa entre os gêneros. Todavia, os meninos dos tipos Predominantemente Hiperativo/Impulsivo e Combinado apresentaram mais problemas sociais, dificuldades com deveres escolares e com a auto-estima que as meninas dos mesmos tipos. Entretanto, ao serem comparados com os meninos do grupo Predominantemente Desatento, os meninos dos grupos Hiperativo/Impulsivo e Combinado mostraram prejuízos iguais ou menores nas categorias mencionadas (Graetz & cols., 2005).

A prevalência do TDAH em estudos que avaliam sua correlação com diferentes níveis sócio-econômicos e em etnias que não a caucasiana são raros, não permitindo conclusões claras (Golfeto & Barbosa, 2003). Entretanto, Biederman e Faraone (2005) indicam incidência maior em níveis sócio-econômicos baixos. Quanto à etnia, Biederman e Faraone (2005) observam haver uma situação de subdiagnóstico e subtratamento em grupos minoritários.

1.2.5 COMORBIDADES

Encontra-se com bastante frequência na prática clínica a manifestação de transtornos comportamentais e neuropsiquiátricos juntamente com o TDAH (Jensen, Martin & Cantwell, 1997; Riesgo, 2006; Rohde & cols., 1999), caracterizando as denominadas comorbidades. Estima-se, portanto, que 30 a 65% dos portadores de TDAH apresentem também Transtorno Desafiador-Opositor, dependendo da natureza da origem da amostra (se clínica ou populacional) (Riesgo, 2006) e que 30 a 50% apresentem comorbidade com Transtorno de Conduta (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991). Já a concomitância entre TDAH e Transtorno de Tiques mostra variações entre

3,5 a 17% (Riesgo, 2006), sendo menor que a porcentagem de 25% de comorbidade entre TDAH e Transtorno de Ansiedade quando consideradas amostras infantis clínicas e epidemiológicas (Sampaio, Silva - Prado & Rosário-Campos, 2005).

Aproximadamente 10% das crianças com TDAH apresentam Transtorno Afetivo Bipolar e 14% apresentam Transtornos da Linguagem (Riesgo, 2006). Cerca de 30% apresentam dificuldades na alfabetização (Gontijo, 2005) e de 20 a 30% têm ao menos um tipo de Transtorno de Aprendizagem, seja em matemática, leitura ou ortografia (Barkley, 2002). Fliers e cols. (2008) indicaram o valor de 30% de comorbidade TDAH e Distúrbios de Coordenação Motora em uma amostra de 486 crianças européias com idades entre os cinco e 19 anos. A ocorrência de enurese noturna e epilepsia ou eletroencefalograma alterado com TDAH não é incomum: 20 a 30% das crianças com epilepsia têm TDAH (Dunn, Austin, Harezlak & Ambrosius, 2003; Weber & Lütschg, 2002).

No Brasil, Souza, Serra, Mattos e Franco (2001) observaram expressiva ocorrência de transtornos comórbidos ao TDAH (85,7%) em uma amostra de 34 crianças e adolescentes de seis a 16 anos de idade. Os transtornos mais comuns foram o Transtorno de Conduta (39,2%) e o Transtorno Desafiador-Opositor (20,6%). Percebe-se que crianças com TDAH apresentam mais agressividade e oposição, tendo também mais baixa auto-estima e sintomas depressivos. O Tipo Hiperativo/Impulsivo demonstra mais comportamentos disruptivos (agressividade e oposição) permitindo-se supor que apresentem maiores dificuldades interpessoais (Souza & cols., 2001).

Possa, Spanemberg e Guardiola (2005) também encontraram maior comorbidade de TDAH com Transtorno de Conduta (40 % da amostra estudada), parecendo haver associação desta comorbidade com o Tipo Combinado (51,4% da amostra eram do tipo Combinado; Possa & cols., 2005). É sugerida, a partir desses trabalhos brasileiros, a necessidade de acompanhamento profissional próximo e constante devido ao maior risco de dependência e abuso de substâncias psicoativas de uso ilícito entre pacientes com TDAH associado a Transtorno de Conduta (Possa & cols., 2005; Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001).

1.2.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Como anteriormente mencionado, os critérios diagnósticos do TDAH seguem padrões definidos pela CID-10 ou pelo DSM-IV-TR, constituindo-se como

fundamentalmente clínico (Martins, Tramontina & Rohde, 2003). Assim, exames de neuroimagem, eletroencefalograma e exame neurofisiológico de potencial evocado cognitivo (P300) são recursos úteis na avaliação diagnóstica diferencial, mas estão restritos ao ambiente de pesquisa. Portanto, esses recursos diagnósticos não estão validados, ainda, para a prática clínica (Low, 2006; Rotta, 2006).

Sabe-se, porém, que a avaliação psicológica mostra-se importante na prática clínica por demonstrar as potencialidades e capacidades cognitivas do paciente com TDAH, ao invés de restringir-se a seus déficits (Kaefer, 2006). Dessa forma, o diagnóstico de TDAH pode contemplar os resultados de avaliações complementares e multidisciplinares (Kaefer, 2006; Martins, Tramontina & Rohde, 2003). Entre os testes psicológicos mais utilizados na avaliação psicológica do TDAH no Brasil estão os da Escala Wechsler de Inteligência (WISC-III e WAIS-III) (Kaefer, 2006; Pacheco, 2005); os testes grafomotores HTP, Bender e Figura Complexa de Rey; os testes de personalidade Rorschach, TAT, CAT-A e CAT-H e Teste das Fábulas de Düss (Kaefer, 2006). Além dos testes citados, usam-se testes neuropsicológicos específicos para investigação de TDAH como o *Continuous Performance Test II* (CPT II), *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) e *Stroop Test* (Kaefer, 2006). Dentre os testes comumente utilizados, todavia, o Bender, o Figuras Complexas de Rey, o CAT-A e CAT-H, o CPT II, o WCST e *Stroop Test* encontram-se restritos ao uso em pesquisa devido à falta de padronização para população brasileira (Kaefer, 2006).

Recentemente, Oliveira, Passeli e Nascimento (2007) relataram desempenhos cognitivos próximos aos dos resultados do grupo controle em adultos com TDAH em uso de metilfenidato (MFD - medicamento psicoestimulante mais usado para TDAH). Nesse trabalho, foram estudados dois grupos de participantes: 24 adultos com TDAH (grupo clínico) e 21 adultos sem TDAH (grupo controle). O desempenho cognitivo dos participantes foi avaliado pelo teste WAIS-III (Nascimento, 2004). Esse teste oferece resultados em quociente de inteligência total (QIT), quocientes de inteligência verbal e de execução (QIV e QIE) e Índices de Compreensão Verbal (ICV), de Organização Perceptual (IOP), de Memória Operacional (IMO) e de Velocidade de Processamento (IVP). Cada quociente ou índice é obtido pela soma dos pontos ponderados obtidos nos subtestes que compõem o teste (Nascimento, 2004). No trabalho de Oliveira e cols. (2007), o grupo clínico obteve maiores discrepâncias nos resultados dos Índices de Compreensão Verbal e de Memória de Trabalho (Operacional) e entre os Índices de Organização Perceptual e de Memória de Trabalho (Operacional).

O Índice de Memória de Trabalho (Operacional) foi o mais sensível ao TDAH, e baixas pontuações no subteste Aritmética apontaram comprometimento dos processos de comparação, processamento e emissão de uma resposta correta. Isso significa que o grupo com TDAH apresenta flutuações no perfil cognitivo; no entanto, tais flutuações são minimizadas com o uso de MFD (Oliveira & cols., 2007).

Os sintomas de TDAH costumam ser mais evidentes em ambiente escolar. Em função da imposição de limites e regras e da comparação com o comportamento de outras crianças, os educadores podem identificar sintomas que passam despercebidos aos pais. Os professores não são, entretanto, responsáveis pelo diagnóstico ou tratamento do TDAH, mas são importantes sinalizadores dos sintomas desse transtorno. É comum, porém, o desconhecimento de aspectos imprescindíveis do TDAH por parte dos educadores (Reppold & Luz, 2007).

Assim, em um importante estudo com professores da rede pública de duas cidades do Rio Grande do Sul, Reppold e Luz (2007) observaram que há confusão conceitual a respeito do TDAH. Participaram desse trabalho 22 professores de escolas municipais das cidades de Novo Hamburgo e Portão. Os professores tiveram dificuldades em descrever o TDAH, conceituando-o como manifestação de comportamento agressivo, desafiador e até mesmo egocêntrico. Para esses professores, o padrão familiar de crianças que desenvolvem TDAH é do tipo negligente, super protetor ou de ausência de limites. Isso quer dizer que, na percepção dos professores, crianças apresentam TDAH porque seus pais são ausentes, super protetores ou ineficazes na colocação de limites (Reppold & Luz, 2007).

Esses educadores vêem, ainda, as crianças com TDAH como agressivas, mal educadas, provocativas com os colegas e com dificuldades de integração social. Mais de 65% desses educadores afirmaram que seus alunos com TDAH são rejeitados pelos colegas, enquanto 8,7% deles mencionaram apoio dos colegas à criança com TDAH devido a sua característica de liderança. Para 36,3% dos professores, as crianças com TDAH são mais criativas e, 41% deles, vêem seus alunos com TDAH como mais inteligentes. É importante ressaltar que 63,6% dos participantes do estudo de Reppold e Luz (2007) afirmaram nunca terem sido instruídos sobre o TDAH, enquanto 22,7% receberam orientação superficial na faculdade ou em curso de formação. Conclui-se com esse trabalho que os professores tendem a caracterizar o TDAH com adjetivos negativos, além de conceituá-lo a partir de sintomas que não são critérios diagnósticos

específicos desse transtorno (como agressividade e comportamento opositor) (Reppold & Luz, 2007).

Recomendações escolares fundamentais, entretanto, são dadas no trabalho de Reppold e Luz (2007). Assim, sugere-se que o professor dialogue com a criança usando frases curtas e claras e sempre avalie se houve compreensão das explicações e combinados feitos com a criança. Usar atividades de relaxamento e de inibição muscular, especialmente após o recreio, é uma boa estratégia a ser adotada por trazer tranquilidade à criança com TDAH (Reppold & Luz, 2007). Outras recomendações escolares importantes são dadas por Rohde, Dorneles e Costa (2006). O professor deve estabelecer rotinas, deixar claro o que se espera da criança, dividir as atividades em tarefas menores e iniciar a aula com os trabalhos que requerem mais atenção. Monitorar o tempo que falta para a finalização das atividades e incentivar a criança a checar suas respostas em provas e avaliações, especialmente no grupo Hiperativo-Impulsivo, também são indicações relevantes aos educadores (Rohde & cols., 2006).

O tratamento medicamentoso constitui-se como fundamento para o tratamento do TDAH (Camargos Jr., 2005) e as medicações mais comumente adotadas são os psicoestimulantes, mais especificamente, o MFD (Teixeira, 2006) e a pemolina de magnésio (Correia Filho & Pastura, 2003). Atualmente, no Brasil, somente o MFD está disponível à comercialização, sendo encontrado na forma de cloridrato (Correia Filho & Pastura; Teixeira, 2006). O MFD provoca aumento do estado de alerta pela ativação do centro respiratório medular e pela estimulação do Sistema Nervoso Central, com efeitos mais evidentes nas atividades mentais que nas motoras. Dessa maneira, observa-se maior vigilância e capacidade de percepção e manutenção da atenção em atividades que exigem esforço mental continuado. O declínio na sensação de fadiga e a conseqüente melhora da desatenção e do desempenho escolar são relatos comuns ao uso de MFD (Correia Filho & Pastura, 2003).

Encontra-se com freqüência crianças nas quais os sintomas do TDAH causam mais prejuízo na vida escolar (Pastura, Mattos & Araújo, 2005) levando à indicação clínica de pausa na medicação durante os fins de semana e férias (chamados de feriados terapêuticos). A indicação para pausa medicamentosa durante as férias escolares pode ser feita caso a sintomatologia tenha diminuído consideravelmente ou se o paciente mostra-se assintomático por um ano. É possível, ainda, suspender a medicação caso queira-se avaliar a necessidade de continuidade do tratamento com MFD, sendo a avaliação médica imprescindível nessa decisão (Correia Filho & Pastura, 2003).

Apesar do efeito positivo que o MFD exerce sobre o comportamento da pessoa com TDAH, não se pode afirmar que ele melhore a auto-estima do portador (Rotta, 2006). Esse aspecto parece sofrer maior influência das relações interpessoais, sejam familiares, entre pares, afetivo-amorosas ou de amizade (Goldstein & Goldstein, 2002; Schwartzman, 2001). Além disso, é bem conhecida na literatura a importância das intervenções psicossociais (treinamento de pais em habilidades sociais, desenvolvimento de estratégias de automonitoramento comportamental das crianças, informações educativas) e psicoterapêuticas associadas ao trato farmacológico do TDAH (Andrade & Lohr Jr., 2007; Camargos Jr., 2005; Gaião-e-Barbosa, Barbosa & Amorim, 2005; Goldstein & Goldstein, 2002; Grevet, Abreu & Shansis, 2003; Haase, Gama, Guimarães & Diniz, 1998; Haase, Pinheiro & Freitas, 2005; Hallowell & Ratey, 1999; Oliveira & Bicca, 2003; Pinheiro, Camargos Jr. & Haase, 2005; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006; Raad, 2005; Schwartzman, 2001; Valeski, Coelho & Rodrigues, 2004).

Portanto, intervenções multidisciplinares e terapêuticas combinadas (medicamento e psicoterapia e/ou treinamento de pais) são indicadas em grande parte dos casos, especialmente naqueles cuja resposta medicamentosa é insuficiente ou os efeitos colaterais não são suportáveis (Pinheiro, Camargos Jr. & Haase, 2005). Soma-se a isso o fato de que os efeitos medicamentosos não são perenes, ficando restritos ao tempo em que são administrados. O uso indiscriminado e generalizado das medicações também é questionado em muitos setores da opinião pública (Haase, Gama, Guimarães & Diniz, 1998), podendo ocorrer exageros na utilização do diagnóstico (Schwartzman, 2001). Assim, é sugerido que crianças com transtornos externalizantes requerem atendimento psicossocial ininterrupto por longos períodos de tempo, sendo essa a perspectiva compatível com o desenvolvimento saudável e a adaptação social de tais crianças (Duncan & Benson, 1997).

Dessa maneira, o Programa de Treinamento de Pais (PTP), junto à abordagem comportamental, seria eficaz em um bom número de casos, incluindo comunidades carentes de regiões urbanas marginalizadas do Brasil (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006). O PTP é destinado a pais de crianças com problemas de comportamento, seja por hiperatividade ou comportamento desafiador opositor (Haase, Gama, Guimarães & Diniz, 1998). Para Pinheiro e cols. (2006), boa parte dos comportamentos inadequados de crianças com distúrbios externalizantes manifesta-se e é mantida pelos déficits apresentados pelos próprios pais em habilidades sociais e no

monitoramento do comportamento dos filhos, tornando imprescindível o treinamento nessas habilidades. Considerando que os problemas secundários ao TDAH – baixa autoestima, baixo repertório de habilidades sociais, problemas escolares, abusos de substâncias psicoativas e distúrbios de conduta – retroalimentam os sintomas nucleares e que há causas e conseqüências daqueles nos ambientes familiar e escolar do portador, pode-se apontar o PTP como indicação básica no tratamento do TDAH (Pinheiro, Camargos Jr. & Haase, 2005).

Há no Brasil, também, o uso da abordagem Cognitivo-Comportamental como tratamento psicossocial no TDAH (Duchesne & Mattos, 2001; Sena & Diniz Neto, 2005; Teixeira, 2006), configurando-se como possibilidade de aprendizagem da criança em autocontrole, modulação do comportamento social e regulação da atenção (Teixeira, 2006). A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) dispõe de técnicas de autoinstrução, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento e auto-avaliação, planejamento e cronogramas, sistema de pontos, punições, tarefas de casa, modelação, discriminação de pistas sociais e dramatização (teatro) como meios de se trabalhar o autocontrole e a melhora sintomática nos portadores de TDAH (Duchesne & Mattos, 2001; Knapp, Rohde, Lyszkowski & Johannpeter, 2002; Knapp, Lyszkowski, Johannpeter, Carim & Rohde, 2003).

Entretanto, questiona-se a eficácia dessa abordagem uma vez que, como o TDAH é caracterizado por deficiência cognitiva, é muito difícil alterar suas estratégias. Soma-se a isso a origem neurobiológica do transtorno que acarreta obstáculos concretos na alteração de estratégias cognitivas. Assim, as estratégias cognitivo-comportamentais - que se baseiam na mediação verbal - tendem a ter menor êxito que a intervenção medicamentosa (Knapp & cols., 2002; Knapp & cols., 2003). Rohde (2007) confirma essa questão através do relato da ausência de diferenças significativas entre dois grupos de portadores de TDAH tratados com TCC e medicamentos ou somente com intervenção medicamentosa.

Nos Estados Unidos, porém, há relatos da eficácia de Intervenções Sociais de Resolução de Problemas, ajudando crianças com TDAH a generalizarem comportamentos aprendidos em *settings* terapêuticos (Aberson, Shure & Goldstein, 2007). Admite-se igualmente nesse país a necessidade de tratamento multimodal do TDAH combinando áreas afins, como a psicoeducação, medicina e psicologia. Técnicas de automonitoramento comportamental, *coaching* (treinamento) e organização espacial adequada nos ambientes escolares e de trabalho devem ser cada vez mais utilizadas,

refletindo a compreensão da natureza das dificuldades dos portadores de TDAH (Murphy, 2005). Além disso, apesar de o *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD - MTA* – apontar inexistência de diferença significativa entre crianças tratadas com TCC e medicamentos e somente com medicamentos, seu embasamento teórico foi amplamente questionado, bem como seu delineamento metodológico (Barkley, 2000).

1.2.7 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E TDAH

O relacionamento interpessoal tem papel significativo no crescimento humano, agindo como promotor ou inibidor do desenvolvimento do indivíduo (Guardiola, 2006). As interações nas relações interpessoais, sejam em família, na escola ou entre pares, podem influenciar o grau de comprometimento e a comorbidade associada ao quadro de TDAH (APA, 2002). Relacionamento pode ser definido como uma interação percebida como significativa pelos indivíduos nela envolvidos (Souza, 2006), sendo essa interação a influência exercida por um indivíduo do par interacional sobre o outro, ou seja, como o comportamento de cada participante do relacionamento é afetado pelo outro e vice-versa (Berscheid & Regan, 2005).

Nas últimas décadas, a pesquisa em relacionamento interpessoal mostrou grande desenvolvimento, contando com contribuições multidisciplinares e abrangendo categorias diversas. Assim, é possível agrupar as pesquisas dessa área em quatro tipos diferentes de relacionamentos investigados: relacionamentos em geral, relacionamentos romântico e sexual, relacionamento na família e amizade (Garcia, 2005c). De modo geral, as relações familiares, com colegas e amigos podem oferecer o apoio afetivo e social necessário para o enfrentamento de adversidades vitais comuns na realidade humana, sendo, provavelmente, os problemas de relacionamento com amigos os mais angustiantes que crianças com TDAH terão que lidar (Barkley, 2002).

A relação de crianças com TDAH e seus pares tem sido repetidamente descrita na literatura como insatisfatória e deteriorada, estando essas crianças em constantes situações de rejeição e vitimização por seus pares (Desidério & Miyazaki, 2007; Hoza & col., 2005; Pelham & Bender, 1982; Tonelotto, 2002; Unnever & Cornell, 2003). Assim, Pelham e Bender (1982) estimam que 50% das crianças com TDAH apresentam problemas significativos em seus relacionamentos sociais. O comportamento disruptivo, desatento, imaturo e provocativo que essas crianças costumam apresentar evoca reações autoritárias e controladoras por parte de seus pares (Goldstein & Goldstein, 2002).

Apesar de falarem mais que as outras crianças, as portadoras de TDAH tendem a interagir menos, são menos capazes de cooperar, dividir e de manter promessas feitas (Barkley, 2002). Além disso, crianças com hiperatividade enfrentam menos eficazmente a frustração da rejeição por seus pares, tendendo a exercer maior controle sobre as outras crianças – são “mandonas”- e criando a retroalimentação da rejeição (Goldstein & Goldstein, 2002; Phelan, 2005). Como a capacidade de adiamento de gratificações, de controle de impulsos, de hiperatividade e hiperresponsividade, além do seguimento de regras, estão alteradas no TDAH, torna-se tarefa difícil para os portadores fazer e manter amigos (Barkley, 2002; Goldstein & Goldstein, 2002; Phelan, 2005).

O desenvolvimento insatisfatório do senso temporal e a noção alterada de futuro que os portadores de TDAH apresentam levam-os a atitudes egoístas, nas quais dividir, cooperar, ceder a vez e manter promessas feitas têm pouco valor. É de se esperar, portanto, que tenham poucos parceiros ou nenhum amigo em brincadeiras e jogos infantis, sendo o impacto dessa realidade bastante amplo na auto-estima do portador (Barkley, 2002). Portadores de TDAH do Tipo Combinado são comumente mais rejeitados por seus pares e costumam brincar com crianças de menor idade ou do sexo oposto. Isso ocorre pela imaturidade apresentada por muitos portadores de TDAH, com a qual eles ficam em desvantagem em relação a seus pares de mesma idade.

Ao brincar com crianças mais novas, o portador assume posições de liderança e, muitas vezes, de controle de regras, o que o priva do risco de ser frustrado. Crianças com TDAH do Tipo Desatento gozam de neutralidade em sua reputação social, ou seja, não costumam causar impacto (negativo ou positivo) social. Essas crianças podem ser boas companheiras de brincadeira, boas ouvintes e até tolerantes com seus pares (Phelan, 2005). Portanto, pode-se verificar o estabelecimento e a manutenção de amizades entre crianças com TDAH e seus pares, sendo evidenciado na literatura o papel fundamental do apoio parental no sucesso desse tipo de relação interpessoal (Goldstein & Goldstein, 2002; Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner & Gnagy, 2003).

Assim, em estudo realizado com crianças norte-americanas, Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner e Gnagy (2003) observaram maior êxito das relações de amizade de portadores de TDAH que dispunham do suporte parental no estabelecimento e continuidade de suas amizades. Participaram desse trabalho 209 crianças (188 meninos e 21 meninas) entre os cinco e doze anos de idade. Todas as crianças faziam parte de um programa de tratamento comportamental de oito semanas de duração realizado em acampamento de férias. Os participantes foram divididos em díades de amigos, sendo

designados como tais mediante escolha voluntária, ou seja, as próprias crianças nomeavam aquele que queriam como amigo.

Observou-se o critério de díades de amigos do mesmo sexo e da mesma idade. Se não ocorresse reciprocidade na escolha do amigo conversava-se com a criança dando-lhe novas opções de nomeação. Durante as oito semanas, as díades realizaram diversas atividades, sendo monitoradas por adultos treinados. De forma recorrente, o monitor responsável pela díade conversava com as crianças, monitorando conflitos e divergências comportamentais. Nos fins de semana as crianças deixavam o acampamento e seus pais eram incentivados pelo programa a apoiarem a amizade do filho, promovendo a convivência de cada membro da díade com a família de seu par (Hoza & cols., 2003).

Dentre os resultados significativos, foi observado que o número de vezes em que os pais promoviam convivência da criança com seu amigo contribuía para a qualidade da amizade. Provavelmente, o contato mais freqüente entre as crianças da díade permitiu o desenvolvimento e a generalização de habilidades sociais importantes nas relações de amizade. Além disso, a percepção, por parte da criança, de que seus pais apoiavam e incentivavam sua relação de amizade acarretou-lhe segurança e harmonia com o amigo. Concluiu-se nesse trabalho a importante função dos pais como promotores e apoiadores das relações de amizade de crianças com TDAH e seus pares. É indicado, ainda, o papel fundamental do monitoramento dos pais nos encontros e atividades da criança com TDAH e seus amigos, especialmente se esses também têm TDAH (Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner & Gnagy 2003).

A criança com TDAH pode ser divertida, dinâmica e sempre disposta a aventuras, o que em um nível superficial de relacionamento pode atrair pares e amigos. No caso de predominância de desatenção, o portador de TDAH costuma se envolver em situações inesperadas e cômicas, como usar sapatos trocados, inverter nomes e esquecer objetos escolares com os colegas. Entretanto, em um nível mais íntimo das amizades autênticas, as dificuldades da criança com TDAH podem causar problemas e decepções aos outros. Dessa maneira, “furar fila”, “dizer tudo que vem à cabeça”, perder brinquedos e não perceber mudanças sutis e não verbais nas brincadeiras e conversas com pares pode afastar colegas e amigos. Esses obstáculos no estabelecimento e manutenção de relações sociais podem acompanhar a criança com TDAH por toda a vida. Porém, é possível aos amigos do portador de TDAH apoiá-lo no enfrentamento de suas dificuldades, pois problemas e desafios são comuns a todas as pessoas. A criança

com TDAH pode responder de modo bastante autêntico à atenção de um verdadeiro amigo (Sena & Diniz Neto, 2005).

Apesar do crescente número de pesquisas no campo dos relacionamentos interpessoais (Garcia, 2005c), ainda resta uma lacuna nas investigações científicas brasileiras sobre relações de pares e de amizade em crianças com TDAH. Dois estudos, no entanto, devem ser relatados por apontarem a necessidade de mais pesquisas que investiguem esse tema. No primeiro deles, Tonelotto (2002) investigou relações de pares em crianças com desatenção. Essa autora identificou alunos desatentos no ambiente escolar, pesquisando como eles percebem e são percebidos por seus colegas no contexto de sala de aula. Participaram da amostra 128 escolares, de nível sócio-econômico médio-baixo ou baixo, da rede pública de ensino. As idades variavam entre os seis e os nove anos, sendo 56 participantes do sexo masculino e 72 do feminino. Os critérios utilizados para diagnóstico de TDAH foram os do DSM-IV-TR (APA, 2002) e, para verificação da percepção e da popularidade e rejeição dos alunos, foram usadas as Escalas de Atitudes do Aluno em Relação aos Colegas, Escalas de Atitudes do Aluno com Relação à Escola (inspiradas em Alencar, citado por Tonelotto, 2002) e Sociograma.

Comportamentos negativos em relação à escola foram mais evidentes no grupo de crianças com problemas de atenção, assim como um número maior de atitudes negativas na forma como percebem e são percebidas por seus colegas. Quanto à popularidade, foi observado que quanto maiores os problemas de atenção maior era a impopularidade das crianças entre seus colegas. As crianças desatentas foram mais citadas como rejeitadas e menos citadas quanto à aceitação por seus pares. Levando-se em conta a limitação do estudo de Tonelotto (2002), ao abordar a realidade de uma única escola, pode-se ressaltar o importante estímulo dado à realização de pesquisas futuras que investiguem as dificuldades de atenção e suas relações com a socialização e aprendizagem (Tonelotto, 2002). Além disso, é importante ressaltar o papel ímpar do contexto escolar na promoção da socialização infantil e no desenvolvimento das habilidades sociais. Por focar a aprendizagem acadêmica, a escola tem relegado a segundo plano o desenvolvimento de habilidades sociais entre seus alunos, sendo os estudos sobre essa temática mais presentes no cenário internacional que nacional (Del Prette & Del Prette, 2003).

No segundo trabalho brasileiro a ser destacado sobre relacionamentos interpessoais de crianças com TDAH, Albertassi e Garcia (2006) relatam as relações de

amizade de um garoto hiperativo. Nesse estudo, Albertassi e Garcia (2006) investigam as amizades de cinco crianças e uma adolescente com necessidades especiais – um garoto autista; um menino hiperativo; uma garota com Síndrome de Willis; um menino, uma menina e uma adolescente com Síndrome de Down. É evidenciada nesse trabalho a existência de amizade entre o menino hiperativo (com 10 anos de idade) e seus pares, havendo um melhor amigo que o acompanhava em todas as atividades. Os pares nomeados como amigos por Henrique (nome fictício dado pelos autores) também o reconheceram como tal. Porém, seus professores apontam um padrão de interação no qual Henrique não compartilha interesses comuns com o grupo. Segundo seus professores, Henrique permanecia com o grupo de pares apenas se a atividade desempenhada por esses fosse de seu interesse (Albertassi & Garcia, 2006).

De modo geral, os pais e professores de Henrique percebiam as amizades desse como restritas e superficiais, apesar de considerá-lo carinhoso e fiel aos seus amigos. Na observação direta dos comportamentos de Henrique com seus amigos foi encontrado um padrão de interação similar aos de crianças com desenvolvimento típico, não estando evidente qualquer deterioração dessa relação. Pode-se concluir com esse trabalho a importância das relações de amizade para crianças com necessidades especiais, uma vez que a busca por esse tipo de relacionamento esteve presente na maior parte dos casos investigados (Albertassi & Garcia, 2006). Pode-se apontar, porém, uma limitação quanto à generalização dos resultados nesse trabalho, pelo fato da investigação sobre as amizades se constituir como estudo de caso. Assim, há necessidade de investigação das relações de amizade de um número maior de crianças com TDAH, especialmente quando comparadas às relações de amizade de crianças sem TDAH.

1.3 RELAÇÕES DE PARES E DE AMIZADE NA INFÂNCIA

As relações de pares entre crianças são apontadas como influências importantes no sucesso acadêmico infantil. Há, também, crescente reconhecimento da ameaça de fracasso escolar vivida por crianças vitimizadas por seus pares (Rubin & Coplan, 1992). O sentimento de inadequação experienciado por crianças vitimizadas quando em companhia de pares também as coloca em situação de risco, sendo reconhecido que a rejeição social por pares na infância é a melhor preditora de fracasso acadêmico e evasão escolar (Parker & Asher, 1987). Os estudos sobre relações de pares provêm do

interesse científico acerca dos efeitos de grupos sociais no comportamento humano e abrange diferentes teorias na sua descrição e pesquisa (Daudt, 1997).

Dessa forma, Piaget (1932/1977) foi um dos precursores no estudo do relacionamento infantil e seus efeitos sobre o desenvolvimento do pensamento da criança (Daudt, 1997; Rubin & Coplan, 1992). Segundo Piaget (1932/1977) o relacionamento entre pares difere-se do relacionamento assimétrico que a criança estabelece com os adultos e, não raro, é comum a criança aceitar regras vindas de um adulto pela obediência requerida por esse e não pela compreensão do significado das normas.

No contexto da relação com pares, porém, a criança tem a oportunidade de avaliar argumentos, discutir perspectivas, analisar idéias conflituosas e negociar possibilidades de resolução dos problemas, estando livre para rejeitar ou adotar a visão de seus pares (Piaget, 1932/1977). A habilidade de troca de papéis também tem função significativa no desenvolvimento infantil, refletindo a compreensão crescente dos sentimentos, pensamentos e intenções do outro adquirida pela criança na interação social (Feffer & Gourevitch, 1960; Selman, 1971; Selman & Byrne, 1974).

Sullivan (conforme citado por Daudt, 1997) também estudou relações interacionais infantis, postulando que o desenvolvimento do respeito, da igualdade e da reciprocidade se dá por meio dos relacionamentos de pares. Para ele, no entanto, esses conceitos surgem apenas nas relações especiais – amizade e camaradagem – emergindo nas crianças entre os oito e os 10 anos de idade (Sullivan, citado por Berndt, 2004). Mead (conforme citado por Daudt, 1997), em sua Teoria do Interacionismo Simbólico, postula que o desenvolvimento da noção de *self* ocorre nas brincadeiras em pares, ao longo do crescimento infantil. Do mesmo modo, a habilidade de se colocar no lugar do outro se desenvolve a partir da interação com pares, denotando sua importância no contexto social da criança (Mead, citado por Daudt, 1997).

As teorias da aprendizagem e da aprendizagem social (Bandura & Walters, citados por Rubin & Coplan, 1992) também contribuem com o campo das relações de pares e sugerem que pela observação da ação de pares e pela tutela de pares a criança aprende como se comportar nos diversos contextos dos quais faz parte. Por meio da interação com pares a criança aprende também sobre o mundo social (Bandura & Walters, citados por Rubin & Coplan, 1992). A influência da teoria da aprendizagem social no estudo do comportamento social da criança e nas suas relações de pares é ampla, evidenciando o importante papel dos comportamentos sociais aprendidos pelas

crianças no estabelecimento, continuidade e dissolução das relações de pares (Rubin & Coplan, 1992). Enfim, pode-se citar a crescente influência da teoria etológica na compreensão das relações entre pares, sendo central nessa teoria o entendimento do comportamento social como biologicamente limitado e fruto da função evolucionária adaptativa (Hinde & Stevenson-Hinde, citados por Rubin & Coplan, 1992).

Relações de amizade por sua vez promovem atividades sociais mais intensas que as relações de pares, sendo o tempo gasto e a frequência de interações entre amigos maiores que entre não-amigos (Newcomb & Bagwell, 1995). Amigos conversam, sorriem e se olham mais que não-amigos e têm mais comportamentos de cooperação, ajuda mútua e de afeto positivo. Comportamentos de dominação e competição são menores entre amigos, entretanto, conflitos e discórdias não são inexistentes nas relações de amizade. Porém, a diferença nos conflitos entre amigos e não-amigos reside na preocupação que os primeiros têm de solucionar suas discórdias, enquanto não-amigos demonstram menos investimento para encontrarem soluções para seus conflitos (Newcomb & Bagwell, 1995; 1996).

Relações de amizade, paralelamente às familiares, constituem o centro das relações sociais de crianças e adolescentes, estando as medidas de relacionamentos de amizade em crescente inclusão nos modelos de pesquisa desenvolvimental (Bukowski, Newcomb & Hartup, 1996). É recorrente nos estudos sobre família e amizade a noção de que os padrões de amizade baseiam-se nas relações estabelecidas em família, sendo o tipo de vida familiar o protótipo das relações estabelecidas *a posteriori*. A título de exemplo, as qualidades das interações mãe-criança e irmãos-criança afetam as amizades infantis em contexto escolar (Garcia, 2005b) e os relacionamentos românticos, conjugais e parentais futuros (Sullivan, citado por Daudt, 1997).

A amizade na infância tem funções singulares no desenvolvimento da criança por dar a essa a necessária validação de sentimentos comuns em sua experiência, tais como medo e esperança. Além disso, relações de amizade provêm oportunidade de auto-revelação em um ambiente afetuoso e íntimo. O crescimento da sensibilidade interpessoal também é favorecido na amizade bem como a auto-estima de seus participantes (Sullivan, citado por Daudt, 1997).

A amizade é, ainda, um contexto privilegiado para o desenvolvimento social, pois nessa relação a criança exercita habilidades interpessoais e adquire competências importantes, como a lealdade. A expressão das emoções, possibilitada pela maior intimidade em relação aos vínculos com pares, faz das relações de amizade um

ambiente favorável para o desenvolvimento afetivo e emocional (Newcomb & Bagwell, 1995). No entanto, o que possivelmente é a maior contribuição das relações de amizade durante a infância é o fato de que nelas a criança tem uma base extra-familiar segura, na qual pode explorar os efeitos de seus comportamentos sobre seus pares, o mundo e si mesma (Rubin & Coplan, 1992).

O termo amizade pode seguir definições distintas entre diferentes pesquisadores da mesma forma que seu significado, características e expectativas podem variar conforme o nível de desenvolvimento cognitivo da pessoa (Bigelow, 1977; Daudt, 1997). Entretanto, é consensual entre diversos autores a noção de atratividade recíproca e sensação de bem-estar quando na companhia de amigos (Bukowski, Newcomb & Hartup, 1996), além do sentimento de igualdade e escolha mútua e voluntária (Howes, 1983; Rubin & Coplan, 1992).

O caráter voluntário da relação de amizade pode ser observado no seu início, manutenção e término, ou seja, pode-se escolher fazer, manter e permanecer ou não com a amizade de determinada pessoa. Todavia, a voluntariedade dessa relação segue diferenças culturais, de normas sociais e de valores familiares. Assim, cada sociedade possibilita ou não a interrupção de amizades e postula funções específicas para essas relações como, por exemplo, dar suporte a encontros românticos e promover arranjos conjugais (Krappmann, 1996).

Nas amizades infantis, o entretenimento através de brincadeiras é uma característica comumente esperada pelas crianças, enquanto os adultos demonstram maior expectativa de que suas amizades lhes sejam úteis (Reisman & Shorr, 1978). Além disso, durante o desenvolvimento, as relações de amizade sofrem mudanças quanto às expectativas nelas depositadas por seus integrantes. Bigelow (1977) postula estágios das amizades baseados nestas expectativas. Assim, no Estágio Um, as amizades significam ter atividades comuns e são relações baseadas em comportamentos partilhados. Espera-se troca de brinquedos e/ou favores como sinalização de quem é ou não um amigo. Em um nível menos superficial – o Estágio Dois - a amizade adota valores morais socialmente aceitos ou proibidos e a admiração de um amigo pelo outro é uma característica importante na relação. No Estágio Três, as relações de amizade envolvem empatia, compreensão e auto-revelação. Espera-se intimidade na comunicação entre amigos, o que reflete a maior capacidade abstrativa dos participantes da amizade (Bigelow, 1977).

Em qualquer idade da vida, as amizades são caracterizadas por similaridades no gênero, idade, raça e atividades preferidas. Crianças e adolescentes, por sua vez, demonstram valorizar as similaridades de gênero e raça. Assim, é comum haver exclusão de pares de diferentes sexo e raça entre adolescentes e crianças. Essa exclusão, porém, ocorre com mais frequência na fase inicial das amizades (escolha dos amigos). Similaridades de atitudes, valores, percepção social, condição sócio-econômica e escolar são mais valorizadas a partir da adolescência. Dessa maneira, com o avanço em idade, a criança refina seus critérios de escolha de amigos. Ao redor dos 10 anos, por exemplo, as crianças são conscientes das diferenças de personalidade e temperamento entre ela e seus amigos e podem considerar tais diferenças tão importantes quanto as similaridades (Aboud & Mendelson, 1996).

Buscando compreender o comportamento social e seu funcionamento, Selman (1981) postula que as concepções de amizade estão relacionadas aos níveis de coordenação de perspectiva ou habilidade de troca de papéis (*role taking*). Dessa maneira, Selman (1981) propõe estágios de concepções de amizade. No Estágio Zero (Atividades Físicas Momentâneas) a amizade está baseada em ganhos materiais, havendo uma compreensão limitada do que o outro sente e pensa. Nesse estágio não há característica de amigo propriamente dita. No Estágio Um (Assistência de Mão Única) o amigo é quem desempenha atividades que o “eu” quer que sejam desempenhadas, como brincar junto ou não brincar com determinados brinquedos. Para isso, os interesses devem ser comuns e amigo íntimo é alguém de quem se sabe mais em relação ao que se sabe sobre outras pessoas.

Na Cooperação Leal (Estágio Dois) há reciprocidade na troca de opiniões, sentimentos, desejos e necessidades. A confiança recíproca é possível, mas a relação é frágil, pois qualquer desentendimento pode culminar em seu término. No Estágio Três (Relacionamentos Íntimos e Mutuamente Compartilhados) a relação é mais sólida, havendo ligação afetiva entre amigos íntimos e consciência da continuidade da relação mesmo na presença de conflitos. Esse estágio é limitado pela ênfase dada aos interesses comuns dos amigos e pela opinião de que há dificuldade em formar e manter relações íntimas. No Estágio Quatro (Amizades Interdependentes e Autônomas) os amigos podem relacionar-se com outras pessoas, mas devem apoiar-se uns nos outros, refletindo a autonomia e a dependência de força, suporte psicológico e auto-identificação que embasam as relações de amizade (Selman, 1981).

Encontra-se de modo cada vez maior, nas literaturas internacional e brasileira, o relato da função protetora da amizade contra a vitimização de crianças, podendo ocorrer, com a existência de um único amigo, o alívio de efeitos negativos causados pelo menosprezo e isolamento por pares (Rubin & Coplan, 1992). Lamarche e cols. (2006) sustentam a noção protetora da amizade, evidenciando que o comportamento pró-social de amigos mitiga o risco de crianças em situação vulnerável serem alvo de agressão por pares. Ter amigos traz, ainda, aumento nas habilidades sociais e no sentimento de bem-estar, aumentando a probabilidade de fazer e manter amigos (Hartup & Stevens, 1997).

Hodges, Malone Jr. e Perry (1997) relatam maior probabilidade de ocorrência de vitimização por pares em crianças com problemas comportamentais. A vitimização coloca essas crianças em maior risco de provocar agressões, retroalimentando a vitimização. Ter um melhor amigo, porém, diminuiu a vitimização sofrida por crianças participantes do estudo de Hodges, Boivin, Vitaro e Bukowski (1999) ao longo do ano escolar. Independentemente de apresentarem problemas de comportamento, ter um melhor amigo trouxe diminuição da vitimização, e a inexistência desse melhor amigo mostrou-se relacionada com o aumento de comportamentos internalizantes e externalizantes entre as crianças da amostra (Hodges & cols., 1999).

Garcia (2005a) realizou uma categorização dos temas mais abordados na pesquisa da amizade na infância em âmbito internacional. Sua busca ocorreu a partir da base bibliográfica *PsycInfo* limitando-se aos periódicos publicados entre 1998 e 2001. Assim, amizade e proteção contra a vitimização, amizade e família, amizade e apoio social, amizade recíproca e unilateral, amizade, etnia e gênero foram tópicos abordados nas pesquisas em questão. Similaridade, desenvolvimento emocional, díades e tríades de amigos, conflito e agressividade também estiveram presentes como temas estudados, mostrando a amplitude de aspectos envolvidos nas relações de amizade (Garcia, 2005a).

Ressalta-se como um importante trabalho citado por Garcia (2005a) a diferença de gênero na amizade abordada por Markovits, Benenson e Dolenszky (2001). Para esses autores, adolescentes e crianças possuem modelos internos de interações com seus pares e tais modelos diferenciam-se segundo o gênero da criança ou do adolescente. Esses modelos acarretariam estruturas cognitivas que influenciam o modo como as informações sociais são processadas, além de trazerem regularidades comportamentais nas interações sociais de meninos e meninas (Garcia, 2005a).

Dessa maneira, as meninas tendem a ter relações diádicas e mais íntimas, sabendo mais sobre suas amigas que os meninos sobre seus amigos (Buhrmester & Furman, 1987). Esses abrangem mais crianças em suas brincadeiras, interagem mais em tríades ou grupos de amigos e apresentam mais conflitos em suas amizades que as meninas (Benenson, 1993; Maccoby, 1990). Os meninos usam mais de força e ameaças na resolução conflitual, enquanto as meninas tendem a mitigar o conflito quando esse ocorre (Miller, Danaher & Forbes, 1986). As meninas são também menos inter-relacionadas que os meninos, isto é, meninas que são amigas de uma dada menina têm menos chance de serem amigas entre si do que os meninos que são amigos de um dado menino (Garcia, 2005a).

Meninos costumam preferir brincadeiras ao ar livre, apresentam grupos mais heterogêneos quanto à idade e brincam mais com jogos competitivos que as meninas (Lever, citado por Guzman, Carlo, Ontai, Koller & Knight 2004). Enfim, as diferenças de gênero nas amizades têm um papel importante na socialização da criança, promovendo o desenvolvimento de diferentes formas de competências sociais entre meninos e meninas. As meninas apresentam maior competência para assuntos de interesse grupal, enquanto os meninos desenvolvem mais habilidades de crescimento individual (dominação e liderança). A título de exemplo, a maior intimidade existente nas amizades das adolescentes parece melhorar a competência delas de se auto-revelarem e de dar suporte emocional a outros (Buhrmester, 1996).

1.3.1 ESTUDOS BRASILEIROS DE RELAÇÕES DE PARES E DE AMIZADE

Em estudo sobre diferenças de gênero e idade nas relações de amizade de crianças brasileiras, Guzman, Carlo, Ontai, Koller & Knight (2004) evidenciam maior grau de exclusividade nas relações de amizade das meninas, sendo que elas nomeiam mais negativamente outras meninas que os meninos o fazem entre si. Esse trabalho contou com a participação de 210 estudantes de escolas públicas de Porto Alegre (110 meninos e 100 meninas) com nível sócio-econômico médio e variando entre as idades de três anos a 10 anos e cinco meses. Crianças mais velhas apresentaram menor número de melhores amigos apesar de nomearem mais amigos que as pré-escolares, e crianças no início e no meio do ensino fundamental (1ª e 4ª séries respectivamente) nomearam mais negativamente seus colegas de sala que as crianças pré-escolares. Houve

preferência por amigos do mesmo sexo inclusive nas indicações de melhores amigos, o que corrobora a literatura internacional de pesquisas nessa área (Guzman & cols., 2004).

Boa parte dos estudos brasileiros sobre relacionamentos de pares investiga as influências da aceitação/rejeição de pares e das relações de amizade em crianças pré-escolares (Daudt, 1997). Assim, Campos-de-Carvalho e Rubiano (1996) estudaram redes sociais de 12 crianças (cinco meninos e sete meninas) com idades entre 31 e 35 meses. Foram usados como indicadores de redes sociais “proximidade física” e “compartilhamento de atividade”. Foi encontrado comportamento de compartilhar atividades entre crianças próximas fisicamente, o que mostra a importância do “estar próximo fisicamente” como eliciador do compartilhamento de atividades entre crianças que ainda não dominam o comportamento verbal (Campos-de-Carvalho & Rubiano, 1996).

Rohde, Ferreira, Zomer, Forster e Zimmermann (1998) analisaram o impacto da vivência na rua nas amizades de crianças sujeitas à condição social de não residirem com suas famílias. O estudo abrangeu uma amostra de 81 crianças da cidade de Porto Alegre entre os sete e 11 anos de idade, sendo 30 crianças de rua e 51 que viviam com suas famílias de baixo nível sócio-econômico. Todas as crianças eram meninos e utilizou-se a *Cornell Interview of Peers and Friends* (CIPF) (Kernberg, Clarkin, Greenblat & Cohen, citado pelos autores) para coleta de dados. Esse instrumento é composto de três subescalas (Auto-Estima, Habilidades Sociais e Desenvolvimento Adequado), privilegiando-se a capacidade verbal do participante. Os meninos de rua apresentaram mais problemas em suas relações de amizade que o grupo que reside com suas famílias, alcançando pontuações menores nas três subescalas da CIPF.

Esse resultado pode ser explicado pelo baixo nível educacional das crianças de rua, uma vez que a pouca escolarização influencia negativamente a habilidade verbal dos participantes (Rohde & cols., 1998). Assim, os meninos de rua apresentaram mais dificuldade em fazer amigos e em construir esse tipo de relação. Entretanto, eles costumam falar de sentimentos e preocupações próprias e partilhar preocupações dos amigos com mais frequência que o grupo que reside com a família. Isso parece refletir a condição em que vivem os meninos de rua, na qual eles só têm eles mesmos com quem contarem. Esse trabalho aponta a necessidade urgente de intervenção com um público bastante vulnerável como são as crianças de rua (Rohde & cols., 1998).

Piotto e Rubiano (1999) investigaram relações de amizade entre crianças pequenas (um ano e nove meses a dois anos e meio) buscando verificar a influência da

amizade na interação dessas crianças. Participaram dessa pesquisa 14 pré-escolares (seis meninas e oito meninos) e suas educadoras. As interações estabelecidas entre o grupo de pré-escolares foram filmadas e realizou-se nomeação, por parte das educadoras, das crianças consideradas amigas. Foi observado que crianças de dois anos de idade permanecem mais tempo com determinadas crianças dentre as disponíveis no grupo, mostrando a existência de Parcerias Privilegiadas mesmo nessa faixa etária. A idade parece interferir e limitar o tipo de interação que as crianças estabelecem e, as diferenças nas interações advêm do tipo de relação prévia existente entre as crianças. Conclui-se com o trabalho de Piotto e Rubiano (1999) que os educadores têm importante papel na mediação das interações de crianças pequenas, contribuindo para a formação de Parcerias Privilegiadas em detrimento de Parcerias Neutras e Preteridas entre os pré-escolares da amostra (Piotto & Rubiano, 1999).

Antoniazzi e cols. (2001) estudaram o desenvolvimento do conceito de amigo e de inimigo em crianças de cinco a nove anos e em pré-adolescentes de 13 anos. A amostra contou com a participação de 176 estudantes de escolas da rede particular de ensino. Dentre outros tópicos, foram adotados como instrumentos de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada que abordava número de amigos e inimigos, presença de melhor amigo e atividades desempenhadas junto. Os resultados apontaram maior número de amigos entre os meninos, indicando a média de três amigos enquanto as meninas indicaram ter, em média, dois amigos. A nomeação de amigos, mesmo dentro do grupo de crianças pré-escolares, mostra a inexistência de dificuldade no reconhecimento desse tipo de relação entre crianças pequenas. O número significativo de indicação de relações de inimizade atestou o desenvolvimento similar do conceito de inimigo entre pré-escolares (Antoniazzi & cols., 2001).

Borelli e Garcia (2006) relatam uma investigação empírica sobre amizade com 40 crianças na cidade de Vitória (ES). Vinte meninos e vinte meninas entre os sete e 12 anos de idade, estudantes de uma escola municipal, participaram dessa pesquisa. Esse trabalho buscou descrever os seguintes aspectos das amizades infantis brasileiras: rede de amigos, desenvolvimento da amizade, cooperação e competição, amizade na família e na escola, emoções e amizade e avaliação da amizade. Quanto à rede de amigos, observou-se que a maioria dos amigos é do mesmo gênero do participante. Os amigos freqüentam os mesmos locais (escola, vizinhança) e suas idades são próximas, indicando a importância da proximidade etária e da semelhança de gênero na relação de amizade. A maior parte das crianças informou ter um melhor amigo, há pelo menos

quatro anos, e muitas delas indicaram ter adultos, idosos ou um animal de estimação como amigo (Borelli & Garcia, 2006).

A cooperação é reconhecida pelas crianças participantes do trabalho de Borelli e Garcia (2006) como fazendo parte das amizades. Ao mesmo tempo, menos participantes reconheceram competir com amigos. Entre os sentimentos mais associados à amizade estão a alegria, o medo e a raiva. As meninas são as maiores enunciatóricas desses dois últimos sentimentos. Para os participantes do estudo de Borelli e Garcia (2006), as principais qualidades dos amigos são sua sociabilidade (educação e respeito com os colegas) e a realização de atividades comuns como brincadeiras, por exemplo. Implicância com os colegas e bater nos colegas foram os principais defeitos citados pelas crianças da amostra. A maior parte dos participantes relatou nunca ter terminado uma amizade, mas, entre aqueles que o fizeram, os motivos mais frequentes foram brigas e mentiras. Conclui-se com esse trabalho que as amizades são importantes elos sociais nas idades das crianças estudadas, e as relações de amizade mostram-se, também, como fator socializador com os adultos (Borelli & Garcia, 2006).

Garcia (2006) relata outro estudo, de natureza descritiva, realizado na cidade de Vitória com crianças e adolescentes. Participaram desse trabalho 431 alunos (211 meninos e 220 meninas) de 10 a 15 anos, estudantes do ensino fundamental de uma escola particular. As relações de amizade dessas crianças e adolescentes caracterizam-se pela semelhança de gênero entre os amigos (meninas são amigas de meninas e meninos são amigos de meninos), pela similaridade da procedência (frequentar a mesma escola, vizinhança ou serem parte da mesma família) e pela facilidade com que se faz amigos. Dentre os participantes, 50,6% relataram conflito ou briga com o melhor amigo, sendo que as meninas o relataram mais que os meninos (57,7% das meninas versus 43,1% dos meninos). Reconciliações também estiveram presentes (80,3% da amostra), indicando a possibilidade de continuidade da amizade após disputas e certa agressividade. Entre as atividades mais desempenhadas entre amigos estão conversar, brincar e sair para se divertir em praças, *shoppings* e parques (Garcia, 2006). Esse trabalho trouxe importante contribuição para o conhecimento das características das amizades de crianças e adolescentes brasileiros.

Lisboa (2005) relata um estudo sobre comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade em crianças em idade escolar. Participaram desse trabalho 253 crianças (127 meninos e 126 meninas) de nove a 15 anos de idade, estudantes de uma escola municipal da cidade de Porto Alegre. Nove professoras da escola também

participaram da pesquisa. Entre os instrumentos usados estão a Lista de Características dos Amigos/Colegas de Sala de Aula da Escola – *Peer Assessment* -, a Escala de Auto-Relato sobre Comportamento Agressivo e a *Friendship Qualities Scale*, dentre outros. Os resultados mostraram que quanto maior a pontuação da criança na Escala de Auto-Relato de Agressividade menos pró-social ela é percebida por seus colegas, segundo a *Peer Assessment*.

Além disso, observou-se que as crianças que se percebem como agressoras percebem-se também como vítimas, correspondendo às opiniões das professoras que as vêem como agressivas. O trabalho de Lisboa (2005) vai de encontro a relatos recentes, nos quais a agressividade é vista como fator de proteção nas relações sociais, tendo seus resultados indicado o contrário. Isso significa que o comportamento agressivo mostrou-se como fator de risco e preditor da vitimização por pares e não como fator protetivo (Lisboa, 2005). Conclui-se nesse trabalho que a agressividade está associada à baixa qualidade da amizade, à ausência de reciprocidade na amizade e à associação negativa com comportamentos pró-sociais, o que expõe as crianças agressivas ao risco de vitimização (Lisboa, 2005).

Daudt, Souza e Sperb (2007b) abordam o tema da amizade e gênero na interação verbal e não verbal de pré-escolares, por meio de díades de amigos e não-amigos, meninos e meninas. Participaram desse estudo 48 crianças (24 meninos e 24 meninas) entre os cinco anos e dois meses e os seis anos e seis meses. Essas crianças freqüentavam duas escolas infantis da rede particular de ensino de Porto Alegre. Usou-se o relato de professoras bem como a observação direta dos pré-escolares para formação das díades de amigos e não-amigos.

Adotou-se como fonte de dados sobre existência de interação verbal e não verbal uma brincadeira semi-estruturada com pecinhas de montar. As meninas, amigas e não-amigas, emitiram mais comandos verbais voltados para a mutualidade da díade que os meninos, amigos e não-amigos. O grupo de crianças amigas apresentou mais emissões verbais e turnos de fala que as crianças não-amigas. Assim, pode-se dizer da relação significativa entre o tipo de vínculo existente entre as crianças e o tipo de interação que se estabelece entre elas (Daudt & cols., 2007b).

Daudt, Souza e Sperb (2007a) analisaram, também, a relação entre gênero e conflito nas interações das mesmas díades de crianças citadas anteriormente. O grupo de crianças amigas apresentou mais conflitos que o de não-amigas, sendo que as meninas mostraram mais razões ao se opor a suas parceiras que os meninos a seus parceiros. Isso

significa que, entre crianças amigas, a presença de conflito é maior e as meninas apresentam mais argumentos ao discordarem de suas amigas. As negociações na tentativa de resolução conflitual também são mais freqüentes no grupo de crianças amigas, o que pode indicar a busca da harmonia na amizade e o desejo de se continuar nessa relação. O maior número de negociações entre crianças amigas demonstra, ainda, o papel da amizade na promoção da socialização e no desenvolvimento de habilidades sociais importantes em crianças pré-escolares (Daudt & cols., 2007a).

Um trabalho importante sobre sentimentos e segredos nas amizades infantis brasileiras foi feito por Tortella (2007). Crianças entre seis e 11 anos de idade, de ambos os sexos, participaram dessa pesquisa que buscou conhecer como os melhores amigos, os amigos e os não-amigos são representados por essas crianças. Foram usados entrevista individual semi-estruturada, teste sociométrico modificado e discussão de um dilema hipotético como instrumentos de coleta de dados. Em seguida, procedeu-se ao estabelecimento de categorias a partir das respostas encontradas nas entrevistas, além do uso de teste qui-quadrado para análise dos dilemas.

Entre os sentimentos relatados pelos participantes como presentes em suas amizades estão a alegria, o amor e o carinho. Respeito, ajuda e confiança também foram citados como sentimentos, sendo a confiança no amigo o motivo para contar-lhe segredos. Em relação aos não-amigos estava relacionado o sentimento de tristeza e a falta de confiança. Pode-se concluir com esse trabalho que a idade parece influenciar as respostas sobre sentimentos da criança em relação à amizade, uma vez que crianças mais novas tiveram mais facilidade para falar de ações e atitudes ao invés de sentimentos. Além disso, crianças maiores usaram argumentos mais subjetivos, como confiar e respeitar, enquanto as crianças menores usaram argumentos objetivos - como o brincar - para explicarem o motivo ou não de uma amizade (Tortella, 2007).

1.4 JUSTIFICATIVA E PERGUNTAS DE PESQUISA

Conforme citado anteriormente, há uma lacuna na produção científica brasileira com respeito às relações de pares e, especialmente, de amizade em crianças com TDAH. Há, portanto, relevância teórica na realização da presente pesquisa pela possibilidade de produção de conhecimento científico sobre o tema das amizades na infância de portadores de TDAH. A relevância social mostra-se na possibilidade de indicação de

modos de prevenção à vitimização das crianças com TDAH, além de intervenção nas relações de pares e de amizade dessas crianças.

Assim, algumas perguntas de pesquisa são traçadas para nortear a investigação sobre como são as amizades da criança com TDAH:

- 1) O número de amigos dessa criança difere-se significativamente do número de amigos de crianças típicas?
- 2) A criança com TDAH conta com a companhia de um melhor amigo e, se sim, essa relação difere da relação de melhor amizade de crianças sem TDAH?
- 3) Há conflitos nas relações de amizade de crianças com e sem TDAH?
- 4) Como se diferem, quanto à idade, as amizades de crianças com e sem TDAH?
- 5) E, há diferença significativa entre a percepção dos pais e das crianças com e sem TDAH sobre as relações de amizade dessas?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como objetivo principal investigar as relações de amizade de meninos com TDAH, buscando descrever características dessas amizades na comparação com meninos sem TDAH.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar as características das relações de amizade de meninos com e sem TDAH quanto ao número de amigos.

Comparar as características das relações de amizade de meninos com e sem TDAH quanto à existência de uma melhor amizade e à qualidade da mesma.

Comparar as características das relações de melhor amizade de meninos com e sem TDAH quanto à presença de conflito dessas relações.

Comparar as características das melhores amizades de meninos com e sem TDAH quanto à idade desses meninos.

Comparar as percepções dos pais e dos meninos com e sem TDAH sobre as relações de amizade desses.

Capítulo II

MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

Para o presente trabalho, abordou-se 18 crianças com TDAH e 21 crianças típicas, todas do sexo masculino e com idades entre os sete e nove anos. Buscou-se o pareamento etário entre os grupos com e sem TDAH, ou seja, foram formados três grupos de idade: meninos de sete anos, de oito anos e de nove anos. Esta divisão justifica-se por possíveis diferenças nas amizades de crianças em função da idade, como relatado na literatura (Aboud & Mendelson, 1996; Antoniazzi & cols., 2001; Benenson, 1993; Buhrmester, 1996; Bukowski, Newcomb & Hartup, 1996; Campos-de-Carvalho & Rubiano, 1996; Lisboa, 2005; Newcomb & Bagwell, 1995; Reisman & Shorr, 1978; Tortella, 2007). Abordaram-se, ainda, os 39 pais ou responsáveis pelas crianças participantes do presente estudo, e um professor de cada criança (23 professores no total).

Conforme relata a literatura, a opção por exclusividade de crianças do sexo masculino no presente trabalho deveu-se ao maior acesso a esse grupo de portadores de TDAH nos serviços de saúde (Gaião-e-Barbosa, 2003; Golfeto & Barbosa, 2003). O critério de idade amostral mínima de sete anos seguiu a definição para diagnóstico de TDAH do DSM-IV-TR (APA, 2002). O limite de idade máxima de nove anos deveu-se à ocorrência de mudança sintomática que se dá com a entrada na puberdade nas crianças com TDAH (Prado & Bromberg, 2005).

Quanto à procedência da amostra, as crianças com TDAH (Grupo Clínico: GC) foram indicadas pelo Ambulatório de Déficit de Atenção (AMBDA) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), pela Escola Estadual Yolanda Martins Silva (EEYMS) e por Amostra Clínica (AC). O grupo de participantes sem TDAH (Grupo Típico: GT) constituiu-se por crianças da comunidade matriculadas na Escola Estadual Sandoval Azevedo (EESA) ou na Escola Municipal Dom Orione (EMDO). A escolha destas instituições deveu-se a critério de conveniência, sendo, porém, observada a similaridade sócio-econômica entre os grupos de meninos com e sem TDAH. Todos os participantes da presente pesquisa residem na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

2.2 INSTRUMENTOS

Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas bem como a aplicação da Escala sobre Qualidade da Amizade (EQA) (Lisboa, 2005) em todas as crianças da amostra. Foi aplicada, ainda, a Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para Professores (EACI-P) (Brito, 2006) com os educadores dos meninos do grupo amostral, além de uma entrevista individual semi-estruturada com um dos pais ou responsável por cada criança participante do presente trabalho.

A entrevista semi-estruturada sobre amizade para crianças (Anexo B) foi inspirada no trabalho de Antoniazzi e cols. (2001) e em estudos empíricos salientes na literatura científica sobre amizade infantil. É composta de 13 perguntas que investigam a existência de amigos e as características desse amigo (idade, sexo e reciprocidade da amizade, dentre outros aspectos). Essa entrevista é seguida de um breve questionário que busca informações sócio-demográficas importantes sobre os participantes da amostra, como a existência e quantidade de irmãos.

Nos meninos com TDAH, buscou-se saber também a presença de comorbidade, o tempo de uso de medicamentos e a presença de outros tratamentos concomitantes. A investigação da quantidade de irmãos dos meninos da amostra deveu-se, sobretudo, às diferenças, relatadas na literatura, no convívio social de crianças – portadoras ou não de TDAH - com e sem irmãos (East & Rook, 1992; Smith, Brown, Bunke, Blount & Christophersen, 2002; Stormshak, Bellanti & Bierman, 1996). Já a existência de comorbidade, o tempo de uso de medicamento e/ou outros tratamentos para TDAH podem exercer influências nas relações de amizade de portadores de TDAH (Frankel & Feinberg, 2002; Hoza, Mrug, Pelham Jr., Greiner & Gnagy, 2003).

A entrevista individual semi-estruturada sobre amizade dos filhos para os pais ou responsáveis (Anexo C), espelhada na entrevista para as crianças, é constituída por 11 questões que abordam o conhecimento e a percepção dos pais sobre as relações de amizade de seu filho. O uso desse instrumento justificou-se pelo expressivo número de publicações científicas apontando para um descompasso entre a autopercepção de portadores de TDAH e a percepção daqueles com quem convive, quanto a aspectos comportamentais e afetivos (Braaten & Rosen, 2000; Diamantopoulou, Henricsson & Rydell, 2005; Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczik, 2000; Rohde & cols., 1999; Rucklidge & Tannock, 2001).

A Escala de Qualidade da Melhor Amizade - EQA - (Anexo D) é um instrumento de avaliação da qualidade da melhor amizade de crianças e adolescentes (*Friendship Quality Scale*) (Bukowski, Hoza & Boivin, 1994), adaptada por Lisboa (2005). Essa escala é composta por 22 frases sobre as quais a criança afirma concordância ou discordância com o que está escrito. Assim, há possibilidade de resposta desde o número 1 (Discordo Totalmente) até o número 5 (Concordo Totalmente). As 22 frases dessa escala avaliam cinco aspectos fundamentais das relações de amizade, quais sejam Companhia, Conflito, Apoio, Segurança e Intimidade (Bukowski & cols., 1994). Cada um desses cinco aspectos constitui uma subescala. Três dessas subescalas são divididas em outras duas subescalas cada uma. Dessa forma, a subescala Apoio é dividida em Ajuda e Proteção à Vitimização; a subescala Segurança é dividida em Aliança de Confiança e Transcender Problemas; e a subescala Intimidade é dividida em Vínculo Afetivo e Avaliação Reflexiva (Furman, 1996). O máximo de pontos que se pode obter na EQA é de 110.

A EQA avalia cinco aspectos distintos, mas inter-relacionados, das amizades infantis. Os autores conduziram análises fatoriais confirmatórias e encontraram elevada consistência interna nas dimensões avaliadas (Bukowski, Hoza & Boivin, 1994). No Brasil, Lisboa (2005) traduziu, adaptou e testou a consistência interna da escala e das cinco subescalas que compõem a EQA por meio do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. À exceção das subescalas Companhia e Conflito, todas as outras demonstraram consistência interna adequada (Lisboa, 2005). O uso da EQA (Lisboa, 2005) no presente trabalho foi consentido por sua autora.

A Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor (Brito, 2006) é um instrumento de triagem sobre o comportamento de crianças com idade a partir dos quatro anos. É preenchida pelo professor, referindo-se, portanto, ao comportamento escolar da criança. Fornece informações sobre as seguintes dimensões comportamentais: Hiperatividade/Problema de Conduta, Funcionamento Independente/Socialização Positiva, Inatenção, Neuroticismo/ Ansiedade e Socialização Negativa. O uso da EACI-P (Brito, 2006) justificou-se pela necessidade de exclusão de crianças com problemas comportamentais graves e/ou transtornos mentais porventura presentes no ambiente escolar, bem como pelo controle da variável “comorbidades” nas crianças com TDAH.

2.3 PROCEDIMENTOS

Foi realizado contato com as instituições colaboradoras na etapa de coleta de dados (Anexo J) para comunicação dos objetivos e da relevância social e científica da presente pesquisa. Conforme mencionado anteriormente, a amostra de crianças típicas proveio da comunidade escolar, por critério de conveniência. Assim, foi observado neste grupo de participantes o critério de idades mínima e máxima de sete e nove anos respectivamente, visando o pareamento etário com o grupo de meninos com TDAH. As crianças típicas foram selecionadas mediante resultados individuais apropriados na EACI-P (Brito, 2006) preenchidas por seus professores – convidados para participar do presente trabalho pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Professor (Anexo L).

Em seguida, foi realizado contato com os pais ou responsáveis pelas crianças com e sem TDAH por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais ou Responsáveis (Anexo K), no qual foi feito esclarecimento dos objetivos da pesquisa e de sua relevância social. Os pais ou responsáveis que concordaram com a participação de sua criança no presente trabalho assinaram o Termo. Foi pedido, ainda, a própria criança o consentimento para participação na presente pesquisa, respeitando-se a vontade livre da mesma (Lisboa & Koller, 2001).

As entrevistas e preenchimento da EQA foram realizados nas dependências das instituições colaboradoras ou nas residências das crianças (no caso da AC). Foi feita gravação das entrevistas em áudio com as crianças da EESA (meninos típicos) para posterior transcrição das respostas. Anteriormente a esta fase, foi realizada uma coleta de dados (estudo piloto) com dois meninos com TDAH de oito anos de idade e suas mães. Observou-se que o uso do gravador era um fator de distração para estes meninos, motivo pelo qual se optou por não utilizá-lo com o Grupo Clínico (GC).

Foi notado, também, que as crianças do estudo piloto não demonstraram dificuldades em responder a EQA, apesar de terem idade menor que as crianças do trabalho de Lisboa (2005). Dessa maneira, observaram-se ausência de dificuldades com este instrumento tanto nos meninos de sete e de oito anos de idade do GC quanto com os da mesma faixa etária do Grupo Típico (GT). As entrevistas com os pais dos meninos típicos foram realizadas por telefone, dado o tempo requerido, e não disponibilizado pelos pais, para a realização das mesmas.

De modo geral, tanto as entrevistas com as crianças quanto as entrevistas com os pais foram bem compreendidas por todos os entrevistados. Atendendo às solicitações dos próprios pais, as entrevistas com eles não foram registradas em áudio. Foi informado aos pais ou responsáveis e às instituições colaboradoras do presente trabalho que os resultados da pesquisa serão disponibilizados a todos no término da mesma. O presente trabalho foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Anexo E).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Nas entrevistas semi-estruturadas foram observadas as respostas nas questões fechadas (questões um e três, por exemplo) e abertas (cinco, sete e onze da entrevista com as crianças, e cinco, sete e dez da entrevista com os pais). A partir das respostas encontradas nas perguntas fechadas foram calculadas frequências, porcentagens e médias. Com as respostas abertas foram formuladas categorias, por questão, para análise de seu conteúdo (Bardin, 1977/1988). Assim, respostas afins foram agrupadas em uma mesma categoria segundo cada questão aberta do roteiro de entrevista. Em seguida, foi observada a presença ou ausência de cada categoria nas respostas dos participantes, permitindo visualizar as categorias mais frequentes para cada questão. As categorias formadas, bem como sua presença ou ausência na resposta de cada participante, são relatadas no capítulo seguinte (Resultados).

Para análise das respostas na EQA (Lisboa, 2005) foram calculados os escores para os dois grupos de respondentes a essa escala (crianças com e sem TDAH) conforme os três grupos etários (sete, oito e nove anos) seguindo o critério de correção adotado por Lisboa (2005). Em seguida, foram calculadas as médias gerais dos grupos de indivíduos com e sem TDAH segundo os três grupos de idade. Esse procedimento visou investigar diferença estatística significativa na qualidade percebida da melhor amizade por grupo de participantes e por faixa etária da amostra.

Assim, o grupo de meninos com TDAH obteve média de 91,56 pontos na EQA, enquanto o grupo de meninos típicos obteve média de 84,57 pontos. Observou-se, entretanto, que as pontuações obtidas pelos participantes C (integrante do grupo de meninos com TDAH), B' e E' (integrantes do grupo de meninos típicos) desviava-se acentuadamente dos valores médios de seus grupos. O participante C obteve pontuação 54 na EQA, desviando-se em 37,56 pontos da média de seu grupo. O participante B'

obteve 46 pontos na EQA enquanto o participante E' obteve 50 pontos. Tais participantes desviaram-se em 38,57 pontos e 34,57 pontos, respectivamente, da média de seu grupo.

Devido ao perfil apresentado pelos participantes mencionados ser caracterizado como resíduo (*outlier*) (Dancey & Reidy, 2006), optou-se pela sua exclusão do grupo amostral nas análises estatísticas mostradas no Capítulo III. Portanto, a média de pontos na EQA dos grupos de meninos com e sem TDAH foi novamente calculada excluindo-se os entrevistados C, B' e E'. Os novos valores encontrados são expostos em Resultados.

Obteve-se, também, as médias gerais dos dois grupos de participantes na subescala Conflito da EQA. Com esse procedimento objetivou-se saber se há diferença estatística significativa entre os grupos de crianças com e sem TDAH quanto ao Conflito na melhor amizade. O mesmo critério de exclusão dos participantes C, B' e E' mencionado anteriormente foi adotado.

Foram realizados, ainda, testes de associação entre variáveis nos grupos de meninos com e sem TDAH. Para tal, foram criadas, e em seguida cruzadas, as variáveis “presença de TDAH”, “grupo etário”, “EQA” e “Subescala Conflito”. Foram utilizados os testes *t*, *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. O uso do Teste *t* justifica-se por se tratar de comparação de médias entre amostras independentes (grupos com e sem TDAH). O uso do Teste *Mann-Whitney* justifica-se por se tratar de uma alternativa ao teste *t*, sendo, ao contrário deste, não-paramétrico. O teste qui-quadrado *Kruskal-Wallis* foi utilizado por se adequar à investigação de associação entre variáveis em amostras independentes com mais de duas condições (Dancey & Reidy, 2006). Todas as análises estatísticas foram feitas utilizando-se o pacote estatístico SPSS 12.0.0.

Para análise da EACI-P foram utilizados os critérios de correção do Manual de Instruções desse instrumento. Há que se ressaltar, porém, que a maior parte das EACI-P do grupo de meninos com TDAH ($n = 18$) não foi respondida pelos professores (total de EACI-P respondidas = três), enquanto no grupo de meninos sem TDAH ($n = 21$) houve a quase totalidade de devolução dessa escala devidamente preenchida pelos professores (total = 20). No próximo capítulo são apresentados os resultados da presente pesquisa.

Capítulo III

RESULTADOS

3.1 FORMAÇÃO DE CATEGORIAS DE RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABERTAS

Nas entrevistas semi-estruturadas com as crianças (ESEAC) e com os pais (ESEAR) foram formadas categorias, mediante análise de conteúdo, para as questões abertas (cinco, sete e onze da ESEAC, e cinco, sete e dez da ESEAR). Respostas afins foram agrupadas em uma mesma categoria. A seguir são relatadas as categorias formadas, bem como são dados exemplos das unidades temáticas que as formaram.

À questão cinco da entrevista com as crianças (Por que é seu amigo?) foram formadas as categorias:

- Brincar:** porque brinca de carrinho, pique – esconde, pega-pega, pique-cola, correr, jogar vídeo-*game*, jogar bola;
- Atributos do Amigo:** porque ele é divertido, nunca fizeram nada de ruim comigo, não faz maldade, eles são legais, nunca brigou;
- Companheirismo:** porque sempre está comigo, sempre fica do meu lado, fica junto, anda junto, senta um do lado do outro na sala, convida-me para o aniversário dele, lancha junto, no futebol sou sempre do time deles;
- Ajudar:** porque me ajuda em tudo (quando vou aprender), ajuda-me (faz para casa comigo), ajudam-me: fazem um *tantão* de coisa, empresta-me os brinquedos dele, empresta dinheiro um para o outro, ajudam-me quando estou precisando deles e também os ajudo;
- Conversar:** porque (a gente) conversava, a gente conversa muito: tenho mais comunicação com ele, (a gente) conversa muito, fica conversando, a gente conversa;
- Gostar:** porque gosto deles, gostam de mim, gosto muito dele;
- Conhecer:** porque o conheço desde pequeno, conheço desde que nasci;
- Outras Justificativas:** porque ele vem na minha casa, vou à casa dele, (a gente) vai na casa um do outro, são do mesmo jeito que eu: pensam como eu; e
- Outras Respostas:** porque só fico com ela: ela me cria, não sei.

À pergunta sete da entrevista com as crianças (O que vocês costumam fazer quando estão juntos?) as seguintes categorias foram formuladas:

-Brincar: brinca de escorregador, queima-bola, pique-esconde, bate *bafão*, joga bola, futebol, peteca, pega-pega, pique-cola, *play-station*, joga pinobol, luta, guerra, *power rangers*, anda de bicicleta, dar cambalhota, carrinho, bonequinho, computador, soltar pipa;

-Conversar: a gente conversa um tanto de coisa, conversa muito;

-Outras Atividades: nada no laguinho, vai ao cinema, vê TV, merenda, estuda, e;

-Outras Respostas: cumprimenta um ao outro, faz bagunça no recreio, se diverte, ele me defende.

À questão 11 (O que uma pessoa precisa ter ou fazer para ser seu amigo?) foram formadas as categorias:

-Brincar: brincar de bola, ursinho, chamar pra brincar, brincar de bater *bafão* e baralho, brincar comigo, querer jogar, gostar das mesmas brincadeiras;

-Atributos Comunicacionais: me ouvir, conversar;

-Atributos Morais: ter confiança um no outro, não fingir, não me obedecer aí também não, amigo que é amigo quando você machuca vai lá e te ajuda, me ajudar quando me machucar;

-Comportamentos Convencionais: agir de forma educada, não fazer movimentos bruscos, me chamar pra ir à casa dele, estudar;

-Conhecer: precisa conhecer, conhecer, me conhecer;

-Outras Condições: gostar de mim, lanchar junto, e;

-Outras Respostas: nada: minha mãe já me criou, não sei, me chamar.

Na entrevista com os pais foram formadas categorias para as questões cinco, sete e 10. Assim, à questão cinco (Por que você os considera amigos?) foram formuladas as categorias:

-Brincar: de jogar bola, pega-pega, soltar pipa, desenhar, vídeo-*game*, jogos no computador;

-Reciprocidade (na comunicação, no apreço): sempre falam um do outro, gostam muito um do outro, têm força de vontade pra ver um ao outro, diálogo;

-Companheirismo ou Convivência: fazem tudo junto, tempo de convivência: fica muito tempo junto, ficavam muito juntos (desde pequenininho), gostam da companhia um do outro, necessidade de conviver, sempre procuram um ao outro, ele é filho da minha amiga, são vizinhos;

-Familiaridade ou Trocas: são primos, conheço a família dele e a família dele me conhece, emprestam brinquedo um para o outro, trocam fita;

-Atributos do Amigo: ele é mais maduro que meu filho, ele entende meu filho, não faz sacanagem com ele, meu filho sente segurança com ele;

-Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais: gostam das mesmas coisas, são compatíveis, são parecidos no jeito de ser: tranquilos, não brigam, sempre dispostos a ceder, se dão bem, cumplicidade;

-Outras Justificativas: ele vem em casa, querem visitar um ao outro, dorme na casa do amigo, meu filho o escolheu pra mandar um bilhete (uma atividade na aula), e;

-Outras Respostas: tudo que meu filho vai fazer lembra-se dele, quer dar roupa e brinquedo pra ele, não sei.

À pergunta sete da entrevista com os pais (O que eles costumam fazer quando estão juntos?), foram formadas as seguintes categorias:

-Brincar: de velotrol, jogar bola, andar de bicicleta, soltar pipa, lutinha, desenhar, vídeo-*game*, jogos no computador, bater bafão, futebol de botão, trocar figurinha;

-Outras Atividades: escrevem, vêem revista, vão ao cinema, vêem desenho, vêem TV; e

-Outras Respostas: brigam: coisa de criança, (eles) vão juntos para a escola, eles conversam.

Enfim, à questão 10 (Como você lida com a amizade de seu filho?), foram formuladas as categorias:

-Incentiva: chamo para brincar, levo para colônia de férias e festa do pijama, vou buscar, proponho encontros, levo em aniversários, levo para dormir em casa;

-Restringe: não deixo ir para casa dos amigos, não deixo dormir na casa do amigo, não deixo brincar com qualquer pessoa, só deixo brincar quando não tem coisas de escola para fazer, podo porque trabalho: minha casa não é freqüentada por gente estranha;

-Permite: deixo ir para casa dos amigos, deixo brincar na rua, deixo escolher os amigos;

-Orienta: falo para não brincar com certos meninos, falo para ter carinho e amor, mostro como respeitar;

-Busca Conhecer: procuro saber quem são as companhias dele, conheço a família: tenho amizade com a família, vejo se a criança é agitada;

-Outras Formas de Lidar: cumprimento, mas tenho pouco contato, não interfiro, não fico chamando pra vir em casa, o ouço falar sobre os amigos, e;

-Outras Respostas: trato bem, faço lanche, participo.

É importante ressaltar que as categorias de respostas formadas não são excludentes, ou seja, as respostas de um mesmo participante podem incluir-se em mais de uma categoria. Assim, se um entrevistado respondeu à questão cinco da entrevista com as crianças (Por que é seu amigo?) dizendo “porque brinco com ele e gosto muito dele” sua resposta enquadra-se em duas categorias (**Brincar** e **Gostar**). No entanto, se tal entrevistado respondeu “porque brinco de bola, pega-pega e esconder” sua resposta pertence somente à categoria **Brincar**, independente de ter citado diferentes formas de brincadeira.

Dessa maneira, são apresentados a seguir os resultados agrupados do presente trabalho, iniciando-se com a descrição dos resultados obtidos no Grupo Clínico (GC: meninos com TDAH). Em seguida, são relatados os resultados com o Grupo Típico (GT: meninos sem TDAH). Ao final deste capítulo são apresentados os resultados referentes às comparações entre os grupos pesquisados. Tanto para o GC quanto para o GT os resultados são apresentados por idade. Assim, são descritos os dados sócio-demográficos e os resultados nas entrevistas semi-estruturadas das crianças e seus pais, bem como os resultados na EQA, referentes às faixas etárias de sete, oito e nove anos.

3.2 GRUPO CLÍNICO

3.2.1 SETE ANOS DE IDADE

A Tabela 1 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na Entrevista Semi-Estruturada sobre Amizade para Crianças (ESEAC) dos meninos de sete anos de idade do GC.

Tabela 1. Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.

n	03
Faixa Etária	7 anos 1 mês – 7 anos 7 meses
Média de Idade	7 anos 3 meses
Irmãos	01 = 02 participantes

	02 = 01 participante
Tempo de Medicação (no mínimo 01 ano)	03 participantes
Outros Tratamentos	02 participantes

Como se pode observar na Tabela 1, este primeiro grupo etário foi composto por apenas três participantes. Houve dificuldades em encontrarem-se meninos com TDAH de sete anos de idade, apesar da busca em diferentes fontes (AMBDA, AC e EEYMS). Deste modo, não foi possível atingir, neste grupo etário, o número desejado de participantes com TDAH (sete integrantes). Todos os participantes deste grupo fazem uso de medicamento psicoestimulante (metilfenidato, cujo nome comercial mais comum é *Ritalina*) há, pelo menos, um ano. Cada participante é identificado por uma letra. Assim, um participante (B) faz uso, além da *Ritalina*, do medicamento Neuleptil (periciazina). Apenas um participante (B) não faz outro tratamento para TDAH (fonoaudiologia, terapia ocupacional ou psicoterapia), enquanto o participante A faz acompanhamento fonoaudiológico e terapia ocupacional. O participante C faz psicoterapia. A Tabela 2 mostra os resultados na ESEAC de meninos de sete anos de idade do GC, por questão.

Tabela 2. Resultados na ESEAC de Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes		
Nº	Tópico Investigado	A	B	C
1	Possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Sala de Aula	Filho da Madrinha	Sala de Aula
3	Idade do colega	7 anos	Não Sabe	Não Sabe
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar	Gostar e Outras Justificativas	Brincar
6	Frequência de contato	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.
7	Atividades compartilhadas	Brincar	Conversar	Brincar

8	Duração da amizade	Não Sabe	07 anos	03 dias
9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Sim	Sim
10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Brincar e Comportamentos Con- vencionais	Atributos Comunica- cionais	Brincar
12	Amizades extras do participante	Não	Não Sabe	Não
13	Comentários espontâneos	Não	Sim	Não

Esse grupo citou, no total, a existência de quatro amigos, sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino. Assim, o participante B citou dois amigos (ambos do sexo masculino), enquanto o participante A citou um amigo (sexo masculino). O participante C citou o amigo do sexo feminino mencionado anteriormente. À pergunta 13, o participante B respondeu espontaneamente: “gosto de *hip-hop*¹”. Nenhuma das EACI-P desse grupo foi respondida pelo professor convidado.

Na EQA, a média desse grupo foi de 80 pontos, sendo os três melhores amigos, mencionados pelos três participantes desse grupo, do sexo masculino. A Tabela 3 mostra a média de pontos dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA.

Tabela 3. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	15	20
Conflito	09	20
Ajuda	18	25
Segurança	17	20
Intimidade	21	25
Total	80	110

1

¹ Gênero musical.

A Tabela 4 mostra os resultados na Entrevista Semi-Estruturada sobre Amizade com os Pais ou Responsáveis (ESEAR) de meninos de sete anos de idade do GC. Cada participante é identificado por uma letra correspondente às letras identificadoras das crianças entrevistadas.

Tabela 4. Resultados na ESEAR de Meninos de Sete Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes		
Nº	Tópico Investigado	a	b	c
1	Seu filho tem algum colega com quem gosta de estar	Sim	Não	Não
2	Origem do colega	Primo	-	-
3	Idade do colega	05 anos	-	-
4	Eles são amigos?	Sim	-	-
5	Justificativa da amizade	Brincar	-	-
6	Frequência de contato	02 vezes/sem.	-	-
7	Atividades compartilhadas	Brincar	-	-
8	Duração da amizade	07 anos	-	-
9	Amizades extras do filho	Sim	-	-
10	Como você lida com amizades de seu filho	-	-	-
11	Comentários espontâneos	Sim	Não	Não

Como se pode observar na Tabela 4, para dois responsáveis entrevistados (b e c) seus filhos (B e C) não possuem amigos. Na percepção do responsável c “amizade é você procurar o outro, querer estar junto, e isso (meu filho) não faz não... Amigo, amigo de estar junto ele não tem”, enquanto na percepção do responsável b “o H. (nome fictício) não é amigo. É só mais ou menos...”.

À pergunta cinco, o único responsável respondente justificou a amizade do filho por meio da categoria **Brincar**. Dessa forma, seu filho “brinca de casinha, na areia, de velotrol³”. À pergunta 10 esse mesmo responsável fez observações sobre o comportamento do filho, não respondendo à questão diretamente: “as meninas gostam dele, ele faz muita amizade, não tem maldade, não é violento”. À questão 11 houve

somente o comentário da responsável a: “sinto que não é amizade, acho que é dó (as meninas gostarem de seu filho)”.

3.2.2 OITO ANOS DE IDADE

A Tabela 5 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na ESEAC do grupo de meninos de oito anos de idade do GC.

Tabela 5. Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.

n	08
Faixa Etária	8 anos 0 mês – 8 anos 10 meses
Média de Idade	8 anos 5 meses
Irmãos	00 = 03 participantes 01 = 01 participante 02 = 01 participante 03 = 02 participantes 05 = 01 participante
Tempo de Medicação (no mínimo 03 meses)	08 participantes
Outros Tratamentos	06 participantes

Como se pode observar na Tabela 5, os oito participantes desse grupo fazem uso de medicamento, sendo que sete deles (D, F, G, H, I, J, K) usam psicoestimulante (Ritalina) há, pelo menos, três meses. Apenas o participante E faz uso de medicamento antidepressivo (amitriptilina, nome comercial: Tryptanol) há sete meses. Seis participantes (D, E, G, H, I, K) fazem outro tratamento para TDAH (acompanhamento psicopedagógico, fonoaudiologia, terapia ocupacional ou psicoterapia), enquanto os participantes F e J não fazem qualquer outro tratamento. Assim, o participante D faz acompanhamento fonoaudiológico e psicopedagógico, E faz psicoterapia, G faz acompanhamento fonoaudiológico, H faz acompanhamento fonoaudiológico e terapia ocupacional, I faz psicoterapia e K faz acompanhamento fonoaudiológico e psicoterapia.

A Tabela 6 mostra os resultados na ESEAC de meninos de oito anos de idade do GC por questão. Do total de 15 amigos citados, sete são do sexo masculino e oito do sexo feminino. Os participantes D, F, I e J citaram um amigo cada um, todos do sexo masculino. Os participantes E, H e K citaram um amigo cada um, todos do sexo feminino. O participante G citou oito amigos, sendo cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. À pergunta cinco, a categoria **Brincar** foi a mais citada, seguida das categorias **Atributos do Amigo** e **Ajudar**. Dessa maneira, seis das doze respostas dadas diziam respeito ao amigo ser amigo porque brinca com o entrevistado (“brinca comigo de pega-pega, pique-cola, esconde-esconde”; “brinca comigo, de correr, de pegador”), enquanto três respostas diziam respeito às características do amigo (“é divertido”; “nunca fizeram nada de ruim comigo, já fizeram uma vez, mas pede perdão”; “não faz maldade”) e três respostas referiam-se ao amigo ajudar, especialmente em tarefas concretas (“me ajuda em tudo, quando vou aprender”; “me ajuda, faz para casa comigo”; “me ajudam, faz um *tantão* de coisa”; “me empresta os brinquedos dele”).

Tabela 6. Resultados na ESEAC de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes							
Nº	Tópico Investigado	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Vizinho do Pai	Psicóloga	Sala de Aula	Primo	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula	Mãe
3	Idade do colega	10 anos	Não Sabe	Não Sabe	8 anos	7 anos	8 anos	8 anos	Não Sabe
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar e Atributos do amigo	Brincar	Ajudar	Brincar e Atributos do amigo	Brincar	Brincar	Brincar; Atributos do amigo e Ajudar	Ajudar
6	Frequência de Contato	01 vez/mês	01 vez/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	07 vezes/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar e Outras Atividades	Brincar	Brincar	Outras Atividades e Outras	Brincar	Brincar	Brincar e Conversar	Outras Atividades

					Respostas				
8	Duração da amizade	Não Sabe	Não Sabe	Não Sabe	04 anos	01 ano	01 ano	02 anos	08 anos
9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não sabe
10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Brincar	Brincar	Conhecer	Atributos Morais	Conhecer	Brincar	Outras Respostas	Outras Respostas
12	Amizades extras do participante	Sim	Não Sabe	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não Sabe	Não

À pergunta sete, as categorias de resposta mais freqüentes foram **Brincar**, sendo citado por seis dos oito participantes desse grupo, e **Outras Atividades** (“nada no lagozinho”; “vai ao cinema”; “vê TV”), sendo citada por três integrantes. A categoria **Conversar** contou com a resposta de apenas um integrante. À questão 11, as categorias mais freqüentes foram **Brincar** - mencionada por três participantes - **Conhecer** (“precisa conhecer”; “conhecer”) e **Outras Respostas** (“nada, minha mãe já me criou”; “não sei”), citadas por dois participantes cada uma. Duas das oito EACI-P desse grupo foram respondidas (participantes D e G). Em uma delas, a do participante G, observou-se pontuação acima do valor de corte no Fator I (Hiperatividade/Problema de Conduta).

Na EQA, a média desse grupo foi de 90 pontos, sendo que um dos melhores amigos mencionados pelos participantes não foi mencionado na entrevista, ou seja, um participante (I) relatou ter como melhor amigo uma pessoa que sequer foi mencionada como amiga na entrevista. Dos oito melhores amigos mencionados, seis são do sexo masculino e dois do sexo feminino. Dessa forma, os participantes E e H citaram mulheres como suas melhores amigas. A Tabela 7 mostra os pontos médios dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA:

Tabela 7. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	15	20
Conflito	16	20
Ajuda	20	25
Segurança	16	20
Intimidade	23,5	25
Total	90	110

A Tabela 8 apresenta os resultados na ESEAR de meninos de oito anos de idade do GC. Como se podem notar, somente dois responsáveis concordaram com o filho sobre quem é o amigo, isto é, duas crianças informaram como sendo sua amiga uma pessoa e seus responsáveis também informaram essa pessoa como sendo amiga de seu filho. Dessa maneira, segundo os responsáveis pelos integrantes desse grupo, há, no total, 12 amigos, sendo que cada integrante tem, pelo menos, um amigo cada um. Assim os responsáveis d, e, f, g e k indicaram um amigo cada um, enquanto o responsável i e j

indicaram dois amigos e o responsável h indicou três amigos. Dos 12 amigos indicados, 11 são do sexo masculino e um é do sexo feminino.

À questão cinco, as categorias mais freqüentes foram **Brincar**, sendo mencionada por quatro participantes e **Reciprocidade (na comunicação, no apreço)**, citada por três participantes. Todos os responsáveis entrevistados indicaram a categoria **Brincar** à questão sete, enquanto, à pergunta 10, a categoria de resposta mais freqüente foi **Outras Respostas**, sendo citada por três participantes, **Busca Conhecer**, **Permite** e **Restringe**, mencionadas por dois participantes cada uma.

Enfim, seis dos oito responsáveis responderam à pergunta 11 com observações sobre o comportamento do filho. Assim, o responsável e disse: “(meu filho) brinca muito no prédio, mas amizade só com esses mesmo”; o responsável g: “(meu filho) não é de ter muitos amigos nem fica brincando muito tempo na rua, brinca e vem pra dentro”; o responsável h: “(meu filho) é solidário, mas sempre quer ser líder”; responsável i: “(meu filho) é muito apegado aos amigos, a gente acha que ele se rebaixa porque é muito grudado”; responsável j: “(meu filho) briga muito, enfrenta os meninos maiores”; responsável k: “de um tempo pra cá vejo que tenho que estar mais presente, estou procurando ajudar no para-casa”. Duas responsáveis negaram querer acrescentar alguma coisa.

Tabela 8. Resultados na ESEAR de Meninos de Oito Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes							
Nº	Tópico Investigado	d	e	f	g	h	i	j	k
1	Seu filho possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Primo	Vizinho da Empregada	Sala de Aula	Ex-colega de Escola	Sala de Aula	Vizinho	Vizinho	Vizinho
3	Idade do colega	8 anos	8 anos	8 anos	8 anos	7 anos	9 anos	8 anos	7 anos
4	Eles são amigos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar; Similaridades e Comportamento	Outras Respostas	Reciprocidade (na comunicação, no apreço) e	Reciprocidade (na comunicação, no apreço) e	Reciprocidade (na comunicação, no apreço) e	Brincar e Atributos do Amigo	Brincar	Brincar e Companheirismo e Convivência

		mentos Pró-Sociais e Outras Justificativas		Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais	Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais	Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais			
6	Frequência de Contato	Férias de Verão	01 vez/sem.	05 vezes/sem.	Raramente	05 vezes/sem.	Não sabe	05 vezes/sem.	02 vezes/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar e Outras Atividades	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar
8	Duração da amizade	03 anos 06 meses	06 anos	02 anos	07 anos 06 meses	01 ano	01 ano	08 anos	04 anos
9	Amizades extras do filho	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
10	Como você lida com as amizades de seu filho?	Incentiva e Outras Respostas	Outras Formas de Lidar	Busca Conhecer	Permite	Busca Conhecer e Restringe	Outras Respostas	Restringe	Permite e Outras Respostas
11	Comentários espontâneos	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

3.2.3 NOVE ANOS DE IDADE

A Tabela 9 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na ESEAC do grupo de meninos de nove anos de idade do GC.

Tabela 9. Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.

n	07
Faixa Etária	9 anos 1 mês – 9 anos 10 meses
Média de Idade	9 anos 5 meses
Irmãos	00 = 01 participante 01 = 03 participantes 02 = 02 participantes 03 = 01 participante
Tempo de Medicação (no mínimo 06 meses)	04 participantes
Outros Tratamentos	05 participantes

A Tabela 10 mostra os resultados na ESEAC de meninos de nove anos de idade do GC por questão. Nesse grupo, foi citada, no total, a existência de 17 amigos, sendo 13 do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Dessa maneira, os participantes L, N e Q citaram um amigo cada um, todos do sexo masculino. Os participantes O e R citaram dois amigos cada um, sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino. O participante P citou quatro amigos (todos do sexo masculino), enquanto o participante M citou seis amigos, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino. À pergunta 11, a categoria mais freqüente foi **Comportamentos Convencionais** (“agir de forma educada”; “não fazer movimentos bruscos”; “me chamar para ir à casa dele”; “estudar”), citadas por três integrantes. Apenas uma EACI-P desse grupo foi respondida, apresentando alteração no Fator IV (Neuroticismo/Ansiedade). Assim, o participante P mostrou valores acima do ponto de corte no fator mencionado.

Na EQA, a média desse grupo foi de 98 pontos, sendo os sete melhores amigos mencionados do sexo masculino. Um dos melhores amigos mencionados pelos participantes não foi mencionado na entrevista, ou seja, o participante N relatou ter como melhor amigo uma pessoa que sequer foi mencionada como amiga na entrevista.

Tabela 10. Resultados na ESEAC de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópico Investigado	L	M	N	O	P	Q	R
1	Possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Sala de Aula	Sala de Aula	Escola	Sala de Aula	Escola	Escola	Escola
3	Idade do colega	8 anos	Não Sabe	8 anos	Não Sabe	9 anos	Não Sabe	9 anos
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar e Outras Justificativas	Brincar	Brincar; Companheirismo e Atributos do amigo	Brincar	Brincar; Companheirismo e Outras Justificativas	Conhecer	Brincar e Conhecer
6	Frequência de Contato	05 vezes/sem	05 vezes/sem	05 vezes/sem	05 vezes/sem	05 vezes/sem	05 vezes/sem	05 vezes/sem
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar e Outras Atividades	Brincar e Outras Respostas	Brincar
8	Duração da amizade	03 meses	01 ano	01 ano 05 meses	07 meses	06 meses	02 anos	03 anos

9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Comportamentos Convencionais	Brincar	Atributos Comunicacionais; Atributos Morais e Outras Condições	Comportamentos Convencionais	Conhecer e Outras Condições	Atributos Comunicacionais e Comportamentos Convencionais	Brincar e Atributos Morais
12	Amizades extras do participante	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

A Tabela 11 mostra os pontos médios dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA:

Tabela 11. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	17	20
Conflito	18	20
Ajuda	23	25
Segurança	15	20
Intimidade	25	25
Total	98	110

A Tabela 12 mostra os resultados na ESEAR de meninos de nove anos de idade do GC. Assim, seis dos sete responsáveis entrevistados concordaram com o relato do filho sobre sua amizade, isto é, seis responsáveis informaram que seu filho possui amigos, mas um (participante p) negou a existência de amigo apesar de seu filho relatar o contrário.

À pergunta 10, as categorias mais frequentes foram **Orienta**, sendo citada por quatro participantes, **Permite**, **Incentiva** e **Outras Respostas**, mencionadas por dois participantes cada uma. À questão 11, três responsáveis acrescentaram observações sobre o comportamento do filho quando perguntados. Assim, o participante m disse: “acho (meu filho) muito recluso, isolado, porque a mãe dele tem medo de tudo, de ladrão, seqüestro, estupro. Acho que tem que encarar a vida, se arriscar, se você não tenta já está derrotado”; enquanto o participante n acrescentou “(meu filho) faz amizades fácil”.

O responsável que negou a existência de amizades do filho (participante p) fez a seguinte colocação final: “(meu filho) não é de muita convivência, às vezes falo para ele chamar coleguinhas para vir em casa, mas ele não chama. Não se envolve muito... Acho que a culpa é minha, eu devia incentivar mais... Todos os profissionais que consulto me cobram isso”. Anteriormente à apresentação dos resultados gerais do grupo clínico (Tabela 14), mostra-se na Tabela 13 os resultados, em frequências e porcentagens, do GC em aspectos como o uso de medicação e número de irmãos, dentre outros. Os Anexos F e G exemplificam, respectivamente, as entrevistas de uma criança e sua mãe.

Tabela 12. Resultados na ESEAR de Meninos de Nove Anos do Grupo Clínico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópico Investigado	l	m	n	o	p	q	r
1	Seu filho possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
2	Origem do colega	Escola	Igreja	Vizinho	Vizinho	-	Vizinho	Vizinho
3	Idade do colega	14 anos	8 anos	8 anos	7 anos	-	9 anos	9 anos
4	Eles são amigos?	Sim	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Companheirismo ou Convivência	Familiaridade ou Trocas	Brincar e Companheirismo ou Convivência	Atributos do amigo	-	Atributos do amigo	Outras Justificativas
6	Frequência de Contato	Jogos no Mineirão	02 vezes/sem.	02 vezes/sem.	01 vez/mês	-	02 vezes/sem.	01 vez/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar	Outras Atividades e Outras Respostas	-	Brincar	Brincar
8	Duração da amizade	06 anos	02 anos 06 meses	01 ano 03 meses	03 anos	-	03 anos	03 anos

9	Amizades extras do filho	Sim	Não	Sim	Não	-	Sim	Sim
10	Como você lida com as amizades de seu filho?	Permite; Orienta; Busca Conhecer e Outras Formas de Lidar	Incentiva	Incentiva; Permite; Orienta e Outras Respostas	Orienta e Outras Respostas	-	Orienta	Incentiva
11	Comentários espontâneos	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não

Tabela 13. Frequências e Porcentagens das Variáveis Investigadas no Grupo Clínico (n = 18).

Aspecto Avaliado	f (%)
Uso de Medicação	Três a seis meses → 4 (22,2) Seis a nove meses → 5 (27,8) 12 meses ou mais → 6 (33,3)
Tratamento Complementar	Nenhum → 5 (27,8) Um tratamento → 9 (50) Dois tratamentos → 4 (22,2)
Número de Irmãos	Nenhum irmão → 4 (22,2) Um irmão → 6 (33,3) Dois irmãos → 4 (22,2) Três irmãos → 3 (16,7) Cinco irmãos → 1 (5,6)
Existência de Amizade	Sim → 18 (100)
Frequência de Contato	Menos de uma vez a três vezes/semana → 2 (11,1) Quatro a sete vezes/ semana → 16 (88,9)
Duração da Amizade	Menos de um ano → 4 (22,2) Um ano ou mais → 10 (55,6) Não sabe → 4 (22,2)
Reciprocidade	Sim → 15 (83,3) Não → 3 (16,7)
Amizade Extra	Sim → 14 (77,8) Não → 2 (11,1) Não sabe → 2 (11,1)
Melhor Amigo Citado na Entrevista	Sim → 16 (88,9) Não → 2 (11,1)
Sexo do Melhor Amigo	Masculino → 15 (83,3) Feminino → 3 (16,7)

Tabela 14. Resultados Gerais do Grupo Clínico.

n	18
Média de Idade	8 anos 4 meses
Tempo de Medicação	78% há, no mínimo, 03 meses
Outros Tratamentos	72% fazem, no mínimo, 01 outro tratamento
Média na EQA	89
Número Mínimo de Amigos	01
Origem do Amigo	50% são da sala de aula do participante; 22% são da mesma escola; 11% são familiares; 17% são de procedência diversa
Justificativa da Amizade	78% Brincar; 22% Atributos do Amigo; 17% Ajudar
Frequência de Contato	83% encontram o amigo, no mínimo, 05 vezes/semana
Atividades Compartilhadas	83% Brincar; 11% Conversar; 22% Outras Atividades
Duração da Amizade	56% têm essa amizade há, pelo menos, 01 ano
Reciprocidade da Amizade	94%
Condições da Amizade	39% Brincar; 22% Comportamentos Convencionais
Concordância do Responsável sobre Existência de Amizade	83%
Modo do Responsável lidar com Amizades do Filho	22% Orientam; 17% Buscam Conhecer; 11% Restringem; 11% Permitem; 28% Outras Respostas

3.3 GRUPO TÍPICO

3.3.1 SETE ANOS DE IDADE

A Tabela 15 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na ESEAC do grupo de meninos de sete anos de idade do GT.

Tabela 15. Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.

n	07
Faixa Etária	7 anos 0 mês – 7 anos 9 meses
Média de Idade	7 anos 4 meses
Irmãos	00 = 03 participantes 01 = 03 participantes 03 = 01 participante

A Tabela 16 apresenta os resultados na ESEAC de meninos de sete anos de idade do GT por questão. Cada participante é identificado por uma letra'. Assim, à pergunta cinco, as categorias de resposta mais frequentes foram **Brincar** (citada por três integrantes) e **Outras Respostas** (“só fico com ela, ela me cria”; “não sei”), citada por dois integrantes. À questão 11, as categorias mais frequentes foram **Brincar**, **Outras Condições** (“emprestar brinquedo”; “ser legal”) e **Outras Respostas** (“me chamar”; “não sei”), mencionadas por dois participantes cada uma. Apenas um participante (G') fez um comentário ao final da entrevista, dizendo “sempre quis ter um amigo legal, que não cace confusão, não me culpe”.

Tabela 16. Resultados na ESEAC de Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	A'	B'	C'	D'	E'	F'	G'
1	Possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Vizinho	Sala de Aula	Irmão	Mãe	Sala de Aula	Ex-colega de Escola	Primo
3	Idade do colega	8 anos	7 anos	11 anos	40 anos	7 anos	8 anos	4 anos
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar	Outras Respostas	Ajudar	Outras Respostas	Companheirismo	Brincar e Conversar	Brincar
6	Frequência de Contato	02 vezes/sem.	05 vezes/sem.	07 vezes/sem.	07 vezes/sem.	05 vezes/sem.	Sem contato atual	01 vez/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar	Outras Atividades	Brincar	Brincar	Brincar
8	Duração da amizade	01 ano	01 ano 05 meses	07 anos 02 meses	07 anos	01 ano 05 meses	01 mês	04 anos
9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Outras Respostas	Outras Respostas	Atributos Morais	Atributos Comunicacionais	Brincar e Outras Condições	Brincar	Outras Condições
12	Amizades extras do participante	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
13	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim

Seis das sete EACI-P desse grupo foram respondidas (participantes A', B', D', E', F' e G'). Em cinco delas não houve qualquer alteração, enquanto uma delas mostrou-se alterada. Assim, o participante G' apresentou valor acima do ponto de corte no Fator I (Hiperatividade/Problema de Conduta). Na EQA, esse grupo obteve 74 pontos, sendo todos os melhores amigos citados do sexo masculino. A Tabela 17 mostra os pontos médios dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA.

Tabela 17. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	14	20
Conflito	13	20
Ajuda	16	25
Segurança	12	20
Intimidade	19	25
Total	74	110

A Tabela 18 mostra os resultados na ESEAR de meninos de sete anos de idade do GT. Cada participante é identificado por uma letra' correspondente às letras' identificadoras das crianças entrevistadas. Dessa maneira, a categoria de resposta mais freqüente à questão cinco foi **Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais**, citada por três dos sete participantes desse grupo, **Brincar, Companheirismo ou Convivência** e **Familiaridade ou Trocas**, citadas por dois participantes cada uma. À pergunta sete, a categoria **Brincar** foi mais freqüente, sendo mencionada por seis integrantes, enquanto à questão 10 a categoria **Restringe** as amizades foi mais freqüente, sendo citada pelos sete integrantes desse grupo. As categorias **Incentiva** e **Permite** foram mencionadas por dois participantes cada uma. Apenas um responsável (g') acrescentou um comentário ao final da entrevista (questão 11), dizendo "acho que (meu filho) poderia ter mais amigos, mas tenho medo; a gente não sabe o que acontece nas amizades das crianças, cada pai é de um jeito, então não deixo muito não...".

Tabela 18. Resultados na ESEAR de Meninos de Sete Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	a'	b'	c'	d'	e'	f'	g'
1	Seu filho possui algum colega com quem gosta de estar?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Prima	Primo	Vizinho	Filho de Uma Amiga	Primo	Primo	Primo
3	Idade do colega	5 anos	10 anos	6 anos	7 anos	4 anos	10 anos	6 anos
4	Eles são amigos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais	Companheirismo ou Convivência	Familiaridade ou Trocas	Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais e Outras Justificativas	Brincar e Familiaridade ou Trocas	Brincar e Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais	Companheirismo ou Convivência
6	Frequência de Contato	02 vezes/sem.	07 vezes/sem.	02 vezes/sem.	03 vezes/sem.	07 vezes/sem.	02 vezes/mês	01 vez/mês

7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar e Outras Atividades	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar	Outras Respostas
8	Duração da amizade	05 anos	05 anos	07 anos	06 anos 10 meses	04 anos	03 anos	06 anos 10 meses
9	Amizades extras do colega	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
10	Como você lida com as amizades de seu filho?	Incentiva e Restringe	Restringe	Permite e Restringe	Restringe e Orienta	Restringe	Incentiva; Permite e Restringe	Restringe
11	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim

3.3.2 OITO ANOS DE IDADE

A Tabela 19 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na ESEAC dos meninos de oito anos de idade do GT.

Tabela 19. Dados Sócio-Demográficos dos Meninos de Oito Anos do GrupoTípico.

n	07
Faixa Etária	8 anos 3 meses – 8 anos 11 meses
Média de Idade	8 anos 8 meses
Irmãos	01 = 05 participantes 02 = 01 participante 03 = 01 participante

A Tabela 20 apresenta os resultados na ESEAC de meninos de oito anos de idade do GT por questão. Assim, à pergunta cinco, as categorias de resposta mais freqüentes foram **Brincar**, citada por seis dos sete participantes desse grupo, **Companheirismo** (“fica junto”; “anda junto”), **Conversar** (“tenho mais comunicação com ele, (a gente) conversa muito”; “fico conversando”) e **Outras Justificativas** (“gostam de mim”; “vai a minha casa, vou à casa dele”), somando duas respostas cada uma.

À questão 11, as categorias mais freqüentes foram **Brincar**, **Comportamentos Convencionais** (“não falar palavrão”; “sem nervosismo, sem estresse”; “ter educação”) e **Outras Condições** mencionadas por três integrantes cada uma. Apenas um participante (L’) fez um comentário ao final da entrevista, dizendo “adoro brincar com eles e são meus melhores amigos”. Todas as EACI-P desse grupo foram respondidas. Em uma delas houve alteração no Fator I (Hiperatividade/Problema de Conduta). Assim, o participante H’ apresentou pontuação acima do ponto de corte para o fator mencionado.

Na EQA, a média desse grupo foi de 83 pontos, sendo os sete melhores amigos mencionados do sexo masculino. Um dos melhores amigos mencionados pelos participantes não foi mencionado na entrevista, ou seja, o participante H’ relatou ter como melhor amigo uma pessoa que sequer foi mencionada como amiga na entrevista. A Tabela 21 mostra os pontos médios dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA.

Tabela 20. Resultados na ESEAC de Meninos de Oito Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	H'	I'	J'	K'	L'	M'	N'
1	Possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Sala de Aula	Escola	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula	Escola	Sala de Aula
3	Idade do colega	9 anos	8 anos	8 anos	8 anos	8 anos	8 anos	8 anos
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar	Brincar	Brincar e Gostar	Brincar; Conversar; Companheirismo e Outras Justificativas	Conversar	Brincar; Companheirismo e Outras Justificativas	Brincar e Conversar
6	Frequência de Contato	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar e Conversar	Brincar; Outras Atividades e Outras	Conversar

							Respostas	
8	Duração da amizade	01 ano 09 meses	01 ano 09 meses	02 anos 05 meses	02 anos	02 anos 05 meses	04 anos	02 anos 05 meses
9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Conhecer	Comportamentos Convencionais	Brincar; Conhecer e Outras Condições	Atributos Morais e Outras Condições	Brincar e Atributos Comunicacionais	Brincar; Comportamentos Convencionais e Outras Condições	Atributos Morais e Comportamentos Convencionais
12	Amizades extras do participante	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não

Tabela 21. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	17	20
Conflito	12	20
Ajuda	20	25
Segurança	13	20
Intimidade	21	25
Total	83	110

A Tabela 22 mostra os resultados na ESEAR de meninos de oito anos de idade do GT. Assim, todos os responsáveis concordaram com o filho sobre a existência de, no mínimo, um amigo. No entanto, apenas três dos sete responsáveis (j', l' e m') concordaram sobre a origem do amigo. A categoria de resposta mais freqüente à questão cinco foi **Companheirismo ou Convivência** (“gostam da companhia um do outro”; “necessidade de conviver”; “sempre procuram um ao outro”), contando a resposta de cinco dos sete respondentes.

À questão sete, todos os responsáveis indicaram a categoria **Brincar**, enquanto à pergunta 10 três dos sete responsáveis indicaram as categorias **Incentiva** e **Outras Formas de Lidar** cada uma. O responsável j' não respondeu à questão 10, dizendo “não tenho conhecimento profundo das amizades de J”. Apenas um responsável (h') quis acrescentar um comentário à questão 11, dizendo “(meu filho) tem facilidade para fazer amizade”.

Tabela 22. Resultados na ESEAR de Meninos de Oito Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	h'	i'	j'	k'	l'	m'	n'
1	Seu filho possui algum colega com quem gosta de estar?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Vizinho	Escola	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula	Primo
3	Idade do colega	Não Sabe	8 anos	8 anos	9 anos	8 anos	9 anos	8 anos
4	Eles são amigos?	Sim	Sim	Não Sabe	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar e Companheirismo ou Convivência	Outras Justificativas	Outras Respostas	Companheirismo ou Convivência	Companheirismo ou Convivência e Outras Justificativas	Reciprocidade (na comunicação, no apreço); Companheirismo ou Convivência; Similaridades e Comportamentos	Companheirismo ou Convivência

							Pró-Sociais e Outras Justifi- cativas	
6	Frequência de Contato	03 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	08 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	02 vezes/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar e Outras Respostas	Brinca	Brincar	Brincar e Ou- tras Atividades	Brincar	Brincar e Outras Respostas
8	Duração da amizade	01 ano 02 meses	03 anos	03 anos	05 anos	03 anos	02 anos	Não sabe
9	Amizades extras do filho	Não	Sim	Não Sabe	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Como você lida com as amizades de seu filho?	Orienta e Ou- tras Respostas	Busca Conhecer	-	Incentiva e Outras Formas de Lidar	Incentiva; Ou- tras Formas de Lidar e Outras Respostas	Incentiva e Outras Formas de Lidar	Restringe
11	Comentários espontâneos	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não

3.3.3 NOVE ANOS DE IDADE

A Tabela 23 mostra os dados sócio-demográficos obtidos na ESEAC de meninos de nove anos de idade do GT.

Tabela 23. Dados Sócio-Demográficos de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.

n	07
Faixa Etária	9 anos 1 mês – 9 anos 11 meses
Média de Idade	9 anos 7 meses
Número de Irmãos	00 = 02 participantes 01 = 02 participantes 02 = 03 participantes

A Tabela 24 apresenta os resultados na ESEAC de meninos de nove anos de idade do GT por questão. Dessa maneira, as categorias de respostas mais frequentes à questão cinco foram **Gostar** (“gosto dele”; “gosto muito dele”), citada por quatro dos sete participantes desse grupo, **Brincar**, **Companheirismo** (“(a gente) senta um do lado do outro na sala”; “me convida para o aniversário dele”) e **Ajudar** (“me ajudam quando estou precisando deles e também o ajuda”), mencionadas por dois participantes cada uma. À pergunta sete, todos os participantes responderam **Brincar**. Somente o participante Q’ respondeu, também, **Conversar** e **Outras Atividades** (“(a gente) merenda”) à pergunta sete. À questão 11, a categoria mais frequente foi **Brincar**, sendo mencionada por cinco dos sete participantes. Apenas um participante (S’) acrescentou um comentário à entrevista, dizendo “gosto de brincar com meu primo de 12 anos”. Todas as EACI-P desse grupo foram respondidas, não havendo alterações em quaisquer umas delas.

Na EQA, a média desse grupo foi de 96 pontos, sendo seis dos sete melhores amigos mencionados do sexo masculino e um do sexo feminino. Assim, apenas o participante S’ citou um amigo do sexo feminino. Dois dos sete melhores amigos mencionados pelos participantes não foram mencionados na entrevista, ou seja, dois participantes (R’ e S’) relataram ter como melhores amigos pessoas que sequer foram mencionadas como amigas na entrevista. A Tabela 25 mostra os pontos médios dos participantes desse grupo em cada subescala da EQA.

Tabela 24. Resultados na ESEAC de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	O'	P'	Q'	R'	S'	T'	U'
1	Possui colega com quem gosta de estar?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Sala de Aula	Sala de Aula	Primo	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula	Sala de Aula
3	Idade do colega	8 anos	9 anos	8 anos	9 anos	10 anos	9 anos	9 anos
4	Amizade com o colega	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Brincar e Gostar	Gostar; Companheirismo e Outras Justificativas	Brincar e Gostar	Atributos do Amigo e Ajudar	Conversar e Companheirismo	Ajudar	Brincar e Gostar
6	Frequência de Contato	05 vezes/sem.	05 vezes/ sem.	05 vezes/ sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/ sem.	05 vezes/ sem.	05 vezes/ sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar	Brincar; Conversar e Outras	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar

				Atividades				
8	Duração da amizade	02 anos	02 anos	07 anos	03 anos	02 anos 05 meses	04 anos	01 ano 09 meses
9	O amigo sabe que você o considera um amigo?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Você acha que seu amigo considera você um amigo dele?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Condições para ser amigo do participante	Brincar e Outras Condições	Brincar; Atributos Comunicacionais e Atributos Morais	Brincar e Atributos Comunicacionais	Comportamentos Convencionais e Outras Condições	Brincar	Brincar e Atributos Morais	Outras Respostas
12	Amizades extras do participante	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Comentários espontâneos	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não

Tabela 25. Média de Pontos na EQA por Subescala.

Subescala	Pontos Obtidos	Máximo de Pontos
Companhia	18	20
Conflito	13	20
Ajuda	24	25
Segurança	16	20
Intimidade	25	25
Total	96	110

A Tabela 26 mostra os resultados na ESEAR de meninos de nove anos de idade do GT. Todos os responsáveis concordaram com o filho sobre a existência de, no mínimo, um amigo, mas somente dois desses responsáveis (o' e p') concordaram sobre quem seja esse amigo. Quatro dos sete entrevistados indicaram a categoria **Brincar** como resposta à pergunta cinco. Todos os responsáveis indicaram a categoria **Brincar** à pergunta sete, enquanto quatro responsáveis mencionaram a categoria **Conhece** à questão 10. Também à pergunta 10, dois participantes indicaram as categorias **Restringe** e **Outras Respostas**. Apenas um participante (o') quis acrescentar ao final da entrevista: “sou hiperativa, acho que (meu filho) também é”. A EACI-P dessa criança não confirma a existência de hiperatividade. Anteriormente à apresentação dos resultados gerais do grupo típico (Tabela 28), mostra-se na Tabela 27 os resultados, em frequências e porcentagens, do GT em aspectos como o uso de medicação e número de irmãos, dentre outros. Os Anexos H e I exemplificam, respectivamente, as entrevistas de uma criança participante do Grupo Típico e sua mãe.

Tabela 26. Resultados na ESEAR de Meninos de Nove Anos do Grupo Típico.

Questões		Participantes						
Nº	Tópicos Investigados	o'	p'	q'	r'	s'	t'	u'
1	Seu filho possui colega com quem gosta de estar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Origem do colega	Sala de Aula	Sala de Aula	Primo	Primo	Sala de Aula	Vizinho	Primo
3	Idade do colega	09 anos	10 anos	09 anos	09 anos	10 anos	09 anos	10 anos
4	Eles são amigos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Justificativa da amizade	Outras Justificativas	Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais e Atributos do Amigo	Brincar; Reciprocidade (na comunicação, no apreço); Familiaridade ou Trocas e Similaridades e Comportamentos Pró-Sociais	Brincar e Outras Respostas	Outras Justificativas	Brincar e Companheirismo ou Convivência	Brincar

6	Frequência de Contato	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	06 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	05 vezes/sem.	02 vezes/sem.
7	Atividades Compartilhadas	Brincar	Brincar e Outras Atividades	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar	Brincar
8	Duração da amizade	05 meses	03 anos	03 anos	09 anos	04 anos	Não sabe	09 anos
9	Amizades extras do filho	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
10	Como você lida com as amizades de seu filho?	Busca Conhecer	Permite e Busca Conhecer	Restringe	Busca Conhecer	Outras Respostas	-	Restringe; Busca Conhecer e Outras Respostas
11	Comentários espontâneos	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Tabela 27. Frequências e Porcentagens das Variáveis Investigadas no Grupo Típico (n = 21).

Aspecto Avaliado	f (%)
Uso de Medicação	Não → 21 (100)
Tratamento Complementar	Não → 21 (100)
Número de Irmãos	Nenhum irmão → 5 (23,8) Um irmão → 10 (47,6) Dois irmãos → 4 (19) Três irmãos → 2 (9,5)
Existência de Amizade	Sim → 21 (100)
Frequência de Contato	Menos de uma vez a três vezes/semana → 3 (14,3) Quatro a sete vezes/ semana → 18 (85,7)
Duração da Amizade	Menos de um ano → 1 (4,8) Um ano ou mais → 20 (95,2)
Reciprocidade	Sim → 21 (100)
Amizade Extra	Sim → 19 (90,5) Não → 2 (9,5)
Melhor Amigo Citado na Entrevista	Sim → 18 (85,7) Não → 3 (14,3)
Sexo do Melhor Amigo	Masculino → 20 (95,2) Feminino → 1 (4,8)

Tabela 28. Resultados Gerais do Grupo Típico.

N	21
Média de Idade	8 anos 6 meses
Média na EQA	84,5
Número Mínimo de Amigos	01
Origem do Amigo	62% são da sala de aula do entrevistado; 19% são familiares; 9,5% são da mesma escola; 19% são de procedência variada
Justificativa da Amizade	57% Brincar; 24% Conversar; 24% Gostar
Frequência de Contato	76% encontram o amigo, no mínimo, 05 vezes/semana
Atividades Compartilhadas	90% Brincar; 14% Conversar; 14% Outras Atividades
Duração da Amizade	95% têm essa amizade há, no mínimo, 01 ano
Reciprocidade da Amizade	100%
Condições da Amizade	48% Brincar; 24% Atributos Morais; 33% Outras Condições
Concordância do Responsável sobre Existência de Amizade	100%
Modo do Responsável lidar com Amizades do Filho	48% Restringem; 24% Buscam Conhecer; 24% Incentivam; 14% Permitem; 14% Outras Formas de Lidar; 19% Outras Respostas

3.4 COMPARAÇÃO DOS GRUPOS CLÍNICO E TÍPICO

Visando conhecer qual a influência da idade na qualidade da melhor amizade (avaliada pela EQA) e no conflito existente nesta amizade (avaliado pela subescala “Conflito” da EQA) procedeu-se a comparações de médias e a testes de associação de variáveis. Primeiramente foram conduzidas análises paramétricas (Teste t e Teste de Associação qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher), seguidas de estatísticas não-paramétricas (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*), quando pertinente. Assim, nesta seção são apresentados os dados comparativos entre o GC e o GT. Para tal, são expostos os Objetivos Específicos (já enunciados no Capítulo III) com a respectiva análise dos dados.

1) Comparar as características das relações de amizade de meninos com e sem TDAH quanto ao número de amigos:

Como relatado nas seções 4.2 e 4.3 não houve diferença entre o número de amigos do GC e do GT. Tanto os meninos com TDAH quanto os meninos sem TDAH indicaram a existência de, no mínimo, um amigo. Portanto, não há diferença entre o GC e o GT quanto ao número de amigos existentes.

2) Comparar as características das relações de amizade de meninos com e sem TDAH quanto à existência de uma melhor amizade e à qualidade da mesma:

Como mencionado nas duas seções anteriores, todos os meninos da amostra indicaram a existência de uma melhor amizade. As médias obtidas pelo GC e pelo GT na EQA são, respectivamente, 93,76 ($n = 17$) e 88,42 ($n = 19$). O Teste t para amostras independentes indicou que a diferença encontrada não é estatisticamente significativa ($p = 0,400$; $t = 1,720$; $\alpha = 0,05$). Como alternativa não-paramétrica, em virtude do tamanho reduzido das amostras, o Teste *Mann-Whitney* também não apontou diferença significativa entre as médias do GT e do GC na EQA ($p = 0,098$; $\alpha = 0,05$; $N = 36$). Dessa forma, a melhor amizade dos meninos típicos é de qualidade similar a dos meninos do GC, segundo a avaliação da EQA.

3) Comparar as características das relações de amizade de meninos com e sem TDAH quanto à presença de conflito dessas relações:

A média de pontos na subescala Conflito da EQA foi calculada para o GC e o GT. O GC obteve média de 16,06 (n = 17) enquanto o GT obteve média de 12,58 (n = 19). O Teste *Mann-Whitney* foi realizado e indicou diferença estatisticamente significativa entre as médias na subescala Conflito da EQA do GC e do GT ($p = 0,011$; $\alpha = 0,05$). Portanto, como a média de pontos do GT na subescala Conflito da EQA foi menor que a do GC, pode-se dizer que os meninos sem TDAH têm mais conflito, percebido por eles, na melhor amizade que os meninos com TDAH.

4) Comparar as características das melhores amizades de meninos com e sem TDAH quanto à idade desses meninos:

Examinou-se, por meio do Teste *Kruskal-Wallis*, a associação entre as variáveis “presença de TDAH”, “faixa etária” e “pontuação na EQA”. O teste mencionado apontou diferença estatisticamente significativa no GT para as variáveis analisadas ($\chi^2 = 7,117$; gl = 2; $p = 0,028$). Isso significa que houve um aumento da qualidade percebida da melhor amizade com o aumento da idade no grupo de crianças sem TDAH. Para o grupo de crianças com TDAH o Teste *Kruskal-Wallis* não indicou diferença estatística significativa ($\chi^2 = 3,857$; gl = 2; $p = 0,145$). Assim, para o GC não houve aumento da qualidade percebida da melhor amizade com o aumento da idade.

Visando examinar associação entre as variáveis “presença de TDAH”, “faixa etária” e “pontuação na subescala Conflito da EQA” foi efetuado o Teste *Kruskal-Wallis*, o qual apontou uma associação entre as variáveis mencionadas no GC. Isso significa que o grupo de crianças com TDAH apresentou menor conflito percebido na melhor amizade com o aumento da idade ($\chi^2 = 7,160$; gl = 2; $p = 0,028$). No GT, tal associação não foi encontrada, segundo o Teste *Kruskal-Wallis* ($\chi^2 = 0,564$; gl = 2; $p = 0,754$).

Capítulo IV

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados no capítulo anterior são discutidos a seguir aspectos importantes e possíveis significados aos dados obtidos no presente trabalho. São interpretados os resultados encontrados no GC e no GT, focalizando-se as comparações propostas como objetivos da investigação realizada. Considerações sobre os procedimentos adotados no Método são traçadas para amparar a discussão de alguns achados. Finaliza-se o presente capítulo com Considerações Finais que discutem limitações da presente pesquisa e sugerem investigações futuras.

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO DE CATEGORIAS DE RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABERTAS

Conforme descrição realizada no Capítulo II, Seção 3.4 (Análise dos Dados), as respostas às questões abertas da ESEAC e da ESEAR foram analisadas e agrupadas em categorias, sendo as respostas afins reunidas na mesma categoria. Como se pode observar no Capítulo III, Seção 4.1 (Formação de Categorias de Respostas às Questões Abertas) foram formuladas, no total, nove categorias para a questão cinco da ESEAC, quatro categorias para a questão sete da ESEAC e sete categorias para a questão 11 da ESEAC. Na ESEAR foram formadas oito categorias para a pergunta cinco, três categorias para a pergunta sete e sete categorias para a pergunta 10. Assim, considera-se grande o número de categorias formadas para as questões cinco e 11 da ESEAC e cinco e 10 da ESEAR.

Inicialmente, tentou-se agrupar as respostas em categorias mais abrangentes procurando-se seguir o critério de Hakvoort (1996), segundo o qual categorias que apresentam ocorrência menor que 10% não recebem análise detalhada. Tal critério, entretanto, não se mostrou adequado ao presente trabalho, considerando-se a diversidade de respostas nas questões mencionadas e a dificuldade de se reuni-las em uma mesma categoria. Dessa maneira, criou-se um número maior de categorias visando contemplar todas as respostas dos entrevistados, sendo privilegiada uma visão mais qualitativa (dado o reduzido número de participantes) do que quantitativa no presente estudo.

Desse modo, puderam-se observar aspectos interessantes nas respostas de diferentes participantes. A natureza das respostas e seu nível de abstração variaram bastante entre os entrevistados, refletindo-se na formação de categorias diversas. A título de exemplo, na questão cinco da ESEAR, o entrevistado e (do GC) justificou a amizade de seu filho com o colega mencionado dizendo que seu filho “quer dar roupa, brinquedo pra ele (o amigo)”. Tal resposta parece refletir um altruísmo ausente nas respostas de quaisquer outros entrevistados, merecendo seu relato apesar de ser única.

Da mesma maneira, o entrevistado B (do GC) respondeu à questão cinco da ESEAC dizendo ser amigo do colega mencionado porque “gosto dele, (ele) é do mesmo jeito que eu, pensa como eu”. Essa resposta evidencia um nível de reflexão e abstração sobre as relações interpessoais ausente nas respostas dos dois outros entrevistados do mesmo grupo etário do participante B, sendo impróprio não relatar tal resposta apesar da mesma ser pouco freqüente. Segundo Selman (1981), pode-se conceituar o entrevistado B (do GC) como exemplo de alguém que está na Cooperação Leal (Estágio Dois) nas relações de amizade. Neste estágio há reciprocidade em partilharem-se opiniões, sentimentos, desejos e necessidades. A confiança recíproca é possível, mas a relação é frágil, sendo que qualquer desentendimento pode culminar em seu término (Selman, 1981).

Em resumo, o critério adotado na presente pesquisa para formação das categorias de respostas às questões abertas divergiu-se do adotado na literatura que considera porcentagem de respostas como norteador. No entanto, seguiu-se um critério com rigor científico, qual seja o da consideração de todas as respostas de todos os participantes dado o pequeno número da amostra e a despeito de ser uma resposta única.

4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O GRUPO CLÍNICO

O grupo clínico contou com a participação de 18 crianças, conforme descrição realizada no capítulo anterior. Assim, o número de participantes deste grupo é inferior ao do grupo típico, bem como o número de integrantes das faixas etárias de sete e oito anos do GC é desigual ao número dos participantes dos mesmos grupos etários do GT. Esta diferença numérica nos casos estudados acarretou em dificuldades para realização dos cálculos estatísticos.

Além disso, o tamanho reduzido da amostra total de participantes no presente trabalho dificultou cálculos estatísticos que investigassem a influência de uma ou mais

variáveis sobre as outras. É certo que existem limitações em todo empreendimento científico e, na presente pesquisa, o tamanho diminuído da amostra é uma limitação importante que indica a necessidade de investigações futuras.

Entretanto, a indicação de, no mínimo, um amigo por todos os meninos do GC aponta para uma realidade diversa do que é comumente divulgado na literatura sobre as relações interpessoais de crianças com TDAH. O que se pode dizer sobre este dado encontrado? As crianças com TDAH teriam realmente poucos ou nenhuns amigos ou a percepção de tais crianças sobre suas relações interpessoais está alterada, ou seja, elas não perceberiam suas dificuldades interpessoais e teriam um crivo menos rigoroso de avaliação de quem seja seu amigo? Parte da literatura indica a probabilidade maior de esta última hipótese estar correta (Barkley, 2002; Diamantopoulou, Henricsson & Rydell, 2005; Pelham & Bender, 1982).

É interessante notar, ainda, que os meninos do GC que não fazem uso de medicação fazem, no mínimo, um outro tratamento para TDAH. Este fato demonstra como o TDAH é um transtorno que requer tratamento interdisciplinar (Araújo & Magalhães, 2008; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006) visto que, não raro, é acompanhado de comorbidades diversas (Jensen, Martin & Cantwell, 1997; Magalhães, Bigonha & Takenaka, 2008; Rohde & cols., 1999).

Outro ponto importante de ser considerado: a grande discordância dos pais sobre a amizade do filho, especialmente no GC, onde três pais entrevistados negaram a existência de amigo do filho, parece refletir a diferença do conceito de amizade entre adultos e crianças e não uma diferença trazida pela existência ou não de TDAH. Assim, mesmo os pais do GT discordaram quase totalmente de seus filhos sobre quem seja seu amigo, bem como os pais do GC.

É fato que ao questionados sobre amizades extras dos filhos, vários pais de ambos os grupos mencionaram o amigo citado pelo filho devido aos comentários que seus próprios filhos fazem sobre este amigo. Porém, nesse caso, os pais estão citando alguém que o filho diz ser seu amigo e não necessariamente quem o próprio pai considere como amigo do filho.

Uma limitação importante ocorrida com o GC foi a não devolução da maior parte das EACI-P pelos professores. Este fato acarretou na não-avaliação do comportamento dos meninos do GC no ambiente escolar, especialmente quanto às Funções Executivas (resposta atencional e planejamento comportamental) (Natale, Teodoro, Barreto & Haase, 2008) na percepção de seus professores.

Em pesquisas futuras sugere-se que seja feito contato, ainda que telefônico, com os professores das crianças participantes da pesquisa, visando a menor impessoalidade pesquisador-professor. Esta conduta pode motivar o profissional da educação em colaborar com o estudo, além de propiciar a possibilidade de esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa e/ou a EACI-P. Pode-se, também, ser uma oportunidade para que o professor tenha informações sobre o TDAH e pense sobre sua prática educativa cotidiana (Mesquita, Gusmão & Campos, 2008; Reppold & Luz, 2007). Além disso, estabelecer uma data de devolução da EACI-P, já respondida, parece fundamental para que o professor a entregue em tempo hábil para o pesquisador.

4.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O GRUPO TÍPICO

O grupo típico contou com a participação de 21 crianças, conforme descrição realizada nos Resultados. A principal limitação com este grupo ocorreu nas entrevistas com os pais ou responsáveis, uma vez que foram realizadas por telefone. Este procedimento foi necessário devido tanto à impossibilidade da pesquisadora comparecer à residência dos 21 entrevistados quanto dos pais não disponibilizarem tempo para a realização das entrevistas.

Considera-se que o ideal seria adotar-se o mesmo padrão de realização das entrevistas com os meninos e seus pais, seja do GC ou do GT. Isso quer dizer que se reconhece que seria necessário padronizar a coleta de dados com todos os participantes da amostra do presente trabalho, visando o adequado rigor científico para maior fidedignidade dos dados. Porém, tal conduta foi discutida em equipe e optou-se pelo procedimento relatado.

Acredita-se que o *rapport* com os pais dos meninos do GT pode ter sido prejudicado pelo contato impessoal via telefone. Esta conduta pode ter inibido a expressão de detalhes das amizades do filho com o colega mencionado. Entretanto, a maior parte dos entrevistados forneceu tantas informações importantes (e acessadas pelas perguntas da ESEAR) quanto as fornecidas pelo grupo de pais do GC. Observou-se, ainda, no GT discordância parecida a do GC, na fala dos pais, sobre a amizade do filho. Entende-se tal dado da mesma maneira que o ocorrido no GC, ou seja, esta diferença parece refletir a diferença do conceito de amizade entre adultos e crianças.

A devolução da maior parte das EACI-P pelos professores dos meninos do GT confirmou a necessidade de contato, preferencialmente pessoal, com o professor para

que a EACI-P seja devidamente respondida em tempo hábil para o pesquisador. Portanto, tal devolução possibilitou obter informações importantes sobre o comportamento das crianças em ambiente escolar na percepção de seus professores.

Assim, observou-se, por exemplo, a quase total inexistência de perfis associados à hiperatividade ou demais transtornos que inviabilizariam a participação da criança escolhida no grupo de meninos típicos. Por outro lado, os dois entrevistados do GT que apresentaram alterações em sua EACI-P (participantes G' e H') parecem confirmar o relato da literatura sobre a alta prevalência de hiperatividade entre a população geral (Leite, 2002; Poeta & Rosa Neto, 2004; Rohde & cols., 1999; Vasconcelos & cols., 2003).

4.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A COMPARAÇÃO DOS GRUPOS CLÍNICO E TÍPICO

Pode-se afirmar que não há diferença entre o número de amigos de meninos com e sem TDAH uma vez que todas as crianças da amostra (N = 39) indicaram a existência de, no mínimo, um amigo. Da mesma forma, não houve diferenças entre os GC e GT quanto à existência de melhor amizade: todos os participantes de ambos os grupos possuem uma melhor amizade, não havendo diferença estatística significativa entre o GC e GT nos pontos obtidos na EQA.

Pode-se dizer que a existência de TDAH não influenciou a qualidade da melhor amizade nos meninos participantes do presente trabalho. Baseando-se na literatura sobre o assunto, esperava-se menor qualidade da melhor amizade no GC, especialmente na subescala Conflito (Barkley, 2002; Diamantopoulou, Henricsson & Rydell, 2005; Pelham & Bender, 1982).

Admite-se como hipótese explicativa para a similaridade encontrada na qualidade da melhor amizade entre o GC e o GT a interferência de possíveis comorbidades existentes nos meninos do GC. Além disso, o QI (coeficiente de inteligência) dos meninos do GC pode explicar a similaridade observada na qualidade da melhor amizade. Tais hipóteses demandam, porém, estudos futuros com os participantes do presente trabalho.

No entanto, ao considerar as diferenças etárias na qualidade da melhor amizade percebe-se diferença significativa entre as idades no grupo de meninos sem TDAH (GT). Assim, com o aumento da idade, tais meninos adquirem maior qualidade na

melhor amizade, ou seja, a idade influenciou positivamente a qualidade da melhor amizade em meninos típicos entre os sete e nove anos de idade. Esse dado pode ser explicado pela maior capacidade cognitiva experimentada pelas crianças com o avanço da idade: ao se desenvolverem, as crianças ganham habilidades intelectuais importantes que as auxiliam no convívio social (Feffer & Gourevitch, 1960; Piaget, 1932/1977; Selman, 1971; Selman & Byrne, 1974).

Ao verificar a possível influência da idade no conflito existente na melhor amizade em meninos sem TDAH (GT), não foi encontrada diferença estatística significativa. Desse modo, em meninos típicos dos sete aos nove anos de idade, parece não haver maior percepção de conflito na melhor amizade com o aumento da idade. Entretanto, o mesmo não se verificou em meninos com TDAH.

Assim, houve diferença estatística significativa no conflito (percebido) na melhor amizade nos meninos do GC com o aumento da idade. Isso quer dizer que meninos com TDAH percebem mais os conflitos existentes em suas melhores amizades à medida que avançam em idade. Diante desses últimos resultados, sugere-se que o TDAH contribui para que seu portador perceba os conflitos com suas melhores amizades, percebendo-os melhor com o desenvolvimento cognitivo advindo do aumento etário.

Portanto, é lícito considerar que o TDAH ressalta, nas relações de amizade da criança portadora, os conflitos advindos do avanço cognitivo-evolutivo. Provavelmente, a criança típica que interage com a portadora de TDAH fornece um *feedback* mais claro sobre os comportamentos e atitudes desta última, inserindo as situações de conflito. Sobre este aspecto, os trabalhos de Daudt, Souza e Sperb (2007a; 2007b) sugerem-nos uma pesquisa futura interessante com díades de crianças com e sem TDAH, amigas ou não.

4.5 CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Usando como base de discussão o trabalho de Albertassi e Garcia (2006), pode-se dizer que o presente trabalho confirma os dados da literatura brasileira sobre amizade em meninos com TDAH. Dessa maneira, no trabalho de Albertassi e Garcia (2006), é evidenciada a existência de amizade entre o menino hiperativo (com 10 anos de idade) e seus pares, havendo um melhor amigo que o acompanhava em todas as atividades.

A presente pesquisa confirma a existência de amigos em meninos com TDAH, entre os sete e nove anos de idade, bem como a discordância de 17% dos pais do GC sobre a existência de amizade do filho. No estudo de Albertassi e Garcia (2006), os pais do garoto hiperativo relatam existência de amizade do filho, porém enunciam que a mesma é superficial e restrita, opinião similar a do responsável b do GC: “o H. (nome fictício) não é amigo. É só mais ou menos...”.

O entretenimento, através de brincadeiras, é uma característica comumente esperada pelas crianças em suas amizades (Garcia, 2005a; Garcia, 2006; Hartup & Stevens, 1997; Howes, 1983; Merizio & Rossetti, 2008; Reisman & Shorr, 1978), dado confirmado na presente pesquisa quando se investigou as condições para ser ou não amigo (pergunta 11 da ESEAC). Dessa forma, 39% dos meninos do GC e 48% do GT indicaram que se alguém quer ser seu amigo é preciso “Brincar”.

Esse fato poderia classificar tais meninos como integrantes do Estágio Um do estudo de Bigelow (1977) sobre as expectativas nas amizades ao longo da vida. Para Bigelow (1977), no Estágio Um as amizades significam ter atividades comuns, sendo relações baseadas em comportamentos partilhados. Espera-se, nesse Estágio, troca de brinquedos e/ou favores como sinalização de quem é ou não um amigo.

As amizades, em qualquer fase da vida, são caracterizadas por similaridades no gênero, idade, raça e atividades preferidas (Aboud & Mendelson, 1996). As variáveis raça e atividades preferidas não foram investigadas no presente estudo, porém a investigação do gênero e idade foi contemplada. Assim, 83,3% dos melhores amigos citados no GC são do sexo masculino (como os entrevistados) e 95,2% dos melhores amigos citados no GT também são do sexo masculino, confirmando a similaridade no gênero relatada pela literatura (Aboud & Mendelson, 1996).

Quanto à similaridade na idade, pode-se dizer que o presente estudo divergiu do trabalho de Aboud e Mendelson (1996), uma vez que apenas 52% dos amigos do GT são da mesma idade dos entrevistados. No GC esse valor ficou em 33%, ou seja, apenas 33% dos amigos do GC são da mesma idade dos participantes da presente pesquisa. No entanto, é também relatado na literatura que meninos apresentam grupos de amigos mais heterogêneos quanto à idade que as meninas (Lever, citado por Guzman, Carlo, Ontai, Koller & Knight 2004), dado corroborado pelo percentual de meninos que indicaram amigos de idade diversa a sua na presente pesquisa (48% do GT e 67% do GC).

Baseando-se no trabalho de Selman (1981), pode-se dizer que boa parte das crianças do presente estudo encontra-se no Estágio Um (Assistência de Mão Única). Nesse Estágio, o amigo é quem desempenha atividades que o “eu” quer que sejam desempenhadas, como brincar junto ou não brincar com determinados brinquedos (Selman, 1981). Dessa maneira, 39% dos meninos do GC e 48% do GT relataram a necessidade de “Brincar” para que alguém se torne seu amigo, confirmando o necessário desempenho de atividades que o “eu” quer que sejam desempenhadas para tornar-se amigo. Para quem está neste estágio nas relações de amizade, os interesses entre os amigos devem ser comuns e amigo íntimo é alguém de quem se sabe mais em relação ao que se sabe sobre outras pessoas (Selman, 1981).

As amizades têm sido descritas na literatura científica como importantes protetoras contra a vitimização em crianças expostas a esse risco (Lisboa & Koller, 2001; Rubin & Coplan, 1992). Há, a título de exemplo, trabalhos que sustentam a noção protetora da amizade, evidenciando que o comportamento pró-social de amigos mitiga o risco de crianças em situação vulnerável serem alvo de agressão por pares (Lamarche & cols., 2006). No presente estudo, houve relato, por parte de uma criança com TDAH, desse comportamento protetor.

Assim, o participante Q do GC enunciou à questão sete da ESEAC: “(a gente) brinca, ele me defende...”, complementando ao final da entrevista “ele me chama de filho”. Portanto, pode-se perceber na fala desse entrevistado, a função protetora da amizade contra a agressão por pares, além do entretenimento por meio de brincadeiras.

Em trabalhos onde a amostra pesquisada é numericamente restrita, como é o caso do presente estudo, é fundamental dar-se atenção aos casos individuais. Dessa maneira, comentam-se nas próximas linhas aspectos importantes observados na entrevista de um dos participantes da presente pesquisa.

O participante B (do GC), de sete anos de idade, demonstrou uma desenvoltura durante a entrevista não observada em qualquer outro participante do grupo amostral. Suas respostas às questões abertas da ESEAC mostraram uma abstração cognitiva não verificada nos dois outros participantes de mesma idade do GC (Ex. “(ele é meu amigo) porque gosto dele, (ele) é do mesmo jeito que eu, pensa como eu”) e, curiosamente, ele é o único dos três integrantes do grupo de sete anos de idade do GC que não faz tratamento complementar para TDAH.

Há que se observar, porém, que o participante B faz uso de dois medicamentos (Ritalina e Neuleptil), enquanto seus companheiros de idade fazem uso somente de

Ritalina. A medicação diferenciada, usada pelo participante B, estaria dando-lhe recursos diversos aos obtidos pelos seus colegas de grupo quanto à capacidade abstrativa e/ou formação da personalidade, ou as respostas diferenciadas dadas pelo participante em questão provêm de recursos cognitivos provenientes de ambientes desenvolvimentais mais diversificados que os demais participantes de seu grupo etário? Esta parece ser uma questão interessante para discussão e maiores investigações (Aviles, Anderson & Davila, 2006; Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007; Sternberg & Grigorenko, 2004).

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal limitação encontrada na presente pesquisa parece ser o número reduzido de participantes, especialmente do grupo de meninos com TDAH de sete anos de idade. Portanto, para que sejam possíveis generalizações dos dados encontrados a cerca das amizades das crianças estudadas é necessário amostra mais abrangente, tanto numericamente quanto em termos de faixa etária abordada. Considera-se, assim, mais proveitosa a realização de pesquisas sobre as amizades de portadores de TDAH em idade posterior à idade de oito anos, uma vez que muitas crianças recebem o diagnóstico desse transtorno por volta desta época.

Além disso, expandir o presente estudo para portadores de TDAH na adolescência parece ser de grande riqueza, dado que nesta fase do desenvolvimento humano as amizades ocupam um espaço privilegiado em detrimento do ambiente familiar (Steinberg, 1996). E uma vez que se indica a possibilidade de maior abrangência etária na pesquisa das amizades de portadores de TDAH, sugere-se o estudo com portadores adultos, inclusive no que diz respeito aos seus conceitos de amizade e a reciprocidade real (e não somente relatada) destas amizades.

A questão da inclusão de portadores de TDAH do sexo feminino na pesquisa das relações de amizade é relevante e poderia vislumbrar dados importantes sobre tal tipo de relação interpessoal. É uma questão, porém, que deverá trabalhar bem a limitação do número de participantes, dado que se encontram menos portadores de TDAH do sexo feminino que do sexo masculino (Gaião-e-Barbosa, 2003; Golfeto & Barbosa, 2003; Rotta, 2006). No entanto, é um rico desafio a ser encarado pela possibilidade de produção científica de conhecimento sobre o público feminino portador de TDAH.

Com relação ao uso da EACI-P em pesquisas futuras, há que se considerar a necessidade de cuidado ao abordar os professores. O contato somente por escrito, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Professores, mostrou-se ineficaz, bem como a não limitação de prazo de devolução deste instrumento respondido à pesquisadora. Portanto, sugere-se, no mínimo, um contato telefônico com o professor respondente para que o convite de colaboração na pesquisa seja efetuado de forma menos impessoal e haja oportunidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

A pesquisa das relações interpessoais em portadores de TDAH é um campo de trabalho desafiador e digno de esforços futuros. Requer o conhecimento da produção científica atual sobre este transtorno nos vários aspectos que o compõem (seu histórico, as definições mais usadas, a etiologia e prevalência, o diagnóstico e tratamento, entre outros). É um empenho recompensador pela contribuição científica trazida e, principalmente, pela possibilidade de reflexão sobre uma relação interpessoal tão rica e prazerosa como é a amizade.

5. REFERÊNCIAS

- Aberson, B.; Shure, M.B. & Goldstein, S. (2007). Social problem-solving intervention can help children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(1), 4-7.
- About, F.E. & Mendelson, M.J. (1996). Determinants of friendship selection and quality: developmental perspectives Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp. 87-112). Cambridge: Cambridge University Press.
- Achenbach, T.M. (1992). Developmental psychopathology Em Bornstein, M.H. & Lamb, M.E. (Orgs.), *Developmental Psychology: an advanced textbook* (pp. 629-675). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Albertassi, I.F. & Garcia, A. (2006). Crianças com necessidades especiais e seus amigos: um estudo na cidade de Vitória (ES) Em Garcia, A. (Org.), *Relacionamento Interpessoal – Estudos e Pesquisas* (pp. 55-73). Vitória: UFES Núcleo Interdisciplinar para o Estudo do Relacionamento Interpessoal.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR, - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed. Texto Revisado). Washington, DC: Autor.
- Andrade, A.L.M. & Lohr Jr., A. (2007). Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. *Psicologia Argumento*, 25(48), 73-83.
- Antoniazzi, A.S.; Hutz, C.S.; Lisboa, C.S.M.; Xavier, C.A.; Eickhoff, F. & Bredemeier, J. (2001). O desenvolvimento do conceito de amigo e inimigo em crianças e pré-escolares. *Psico-USF*, 6(2), 1-9.
- Antony, S. & Ribeiro, J.P. (2004). A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 127-34.
- Araújo, C.R.S. & Magalhães, L.C. (2008, outubro). *Terapia motora cognitiva em crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação e déficit de atenção: estudo de caso único*. Trabalho apresentado na XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Uberlândia, Brasil.
- Aviles, A.M.; Anderson, T.R. & Davila, E.R. (2006). Child and adolescent social-emotional development within the context of school. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(1), 32-39.
- Bardin, L. (1977/1988). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R.A. (2000). Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *Journal of the Abnormal Child Psychology*, 28, 595-9.
- Barkley, R.A. (2001). The inattentive type of ADHD as a distinct disorder: what remains to be done? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 489-93.
- Barkley, R.A. (2002). *Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade - Guia Completo para Pais, Professores e Profissionais de Saúde*. (L. S. Roizman, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000)
- Barkley, R.A. (2007, agosto). *Avanços na compreensão e tratamento do TDAH*. Trabalho apresentado no III Congresso Internacional da ABDA, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bastos, C.L. (2005). Atenção Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade* (pp. 55-98). Belo Horizonte: Editora Info.
- Beato, R. (2005). Os lobos pré-frontais Em Hounie, A.G. & Camargos Jr. (Orgs.), *Manual clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 258-280). Belo Horizonte: Editora Info.
- Benczik, E.B.P. (2000). *Transtorno de deficit de atenção/ Hiperatividade Atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benenson, J.F. (1993). Greater preference among females than males for dyadic interaction in early childhood. *Child Development*, 64(2), 544-55.
- Berndt, T.J. (2004). Children's friendships: shifts over a half-century in perspectives on their development and their effects. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 206-23.
- Berscheid, E. & Regan, P. (2005). *The psychology of interpersonal relationships*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Bhutta, A.D.; Cleves, M.A.; Casey, P.H.; Cradock, M.M. & Anand, K.J.S. (2002). Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-37.
- Biederman, J. (2005). Attention deficit/ hyperactivity disorder: a selective overview. *Biology Psychiatry*, 57, 1215-20.
- Biederman, J.; Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-48.

- Biederman, J.; Faraone, S.V. & Monuteaux, M.C. (2002). Differential effects of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1556-62.
- Biederman, J.; Milberger, S.V.; Kiely, K.; Guite, J.; Mick, E.; Ablon, S.; Warburton, R. & Reed, E. (1995). Family environment risk factors for attention deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 464-70.
- Biederman, J.; Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-77.
- Bigelow, B.J. (1977). Children's friendship expectations: a cognitive-developmental study. *Child Development*, 48, 246-53.
- Boo, G.M. & Prins, P.J.M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27, 78-97.
- Borelli, M.T.B. & GARCIA, A. (2006). Psicologia da amizade na infância: uma investigação empírica em Vitória, Brasil Em GARCIA, A. (Org.), *Relacionamento Interpessoal - Estudos Brasileiros* (pp. 67-81). Vitória: UFES, Núcleo Interdisciplinar para o estudo do Relacionamento Interpessoal.
- Braaten, E. & Rosen, L. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 313-321.
- Brito, G.N.O. (2006). *EACI-P - Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o professor*. São Paulo: Vetor Editora.
- Buhmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-185). Cambridge: Cambridge University Press.
- Buhrmester, D. & Furman, W. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development*, 58, 1101-13.
- Bukowski, W.M.; Hoza, B. & Boivin, M. (1994). Measuring friendship quality during pre- and early adolescence: the development and psychometric properties of the friendship qualities scale. *Journal of the Social and Personal Relationships*, 11, 471-84.

- Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (1996). Friendship and its significance in childhood and adolescence: introduction and comment Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp. 1-15). Cambridge: Cambridge University Press.
- Camargos Jr., W. (2005). Psicofarmacoterapia do TDAH Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade* (pp. 1066-1129). Belo Horizonte: Editora Info.
- Campos-de-Carvalho, M.I. & Rubiano, M.R.B. (1996). Rede social de crianças pequenas em creche: análise por proximidade física e atividade compartilhada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12(2), 129-36.
- Correia Filho, A.G. & Pastura, G. (2003). As medicações estimulantes Em Rohde, L.A. & Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 161-173). Porto Alegre: Artmed.
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Daudt, P.R. (1997). Interação social: o papel da amizade no desenvolvimento infantil. *Aletheia*, 5, 80-90.
- Daudt, P.R.; Souza, L.K. & Sperb, T.M. (2007a). Amizade e gênero nos conflitos de pré-escolares. *Interpersona*, 1(1), 1-19.
- Daudt, P.R.; Souza, L.K. & Sperb, T.M. (2007b). Gênero e da amizade na interação verbal e não verbal de pré-escolares. Manuscrito não publicado.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e educação: pesquisa e atuação em psicologia escolar/ educacional Em Del Prette, Z.A.P. (Org.) *Psicologia escolar e educacional – Saúde e qualidade de vida* (pp.113-41). Campinas: Ed. Alínea.
- Desidério, R.C.S. & Miyazaki, M.C.O.S. (2007). Sugestões práticas Transtorno de déficit de atenção/ Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-176.
- Diamantopoulou, S.; Henricsson, L. & Rydell, A.M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development*, 29(5), 388-398.

- Duchesne, M. & Mattos, P. (2001). Tratamento do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade Em Rangé, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais Um diálogo com a psiquiatria* (400-411). Porto Alegre: Artmed.
- Duncan, M.K. & Benson, R.S. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1311-17.
- Dunn, D.W.; Austin, J.K.; Harezlak, J. & Ambrosius, W.T. (2003). ADHD and epilepsy in childhood. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(1), 50-4.
- East, P.L. & Rook, K.S. (1992). Compensatory patterns of support among children's peer relationships: A test using school friends, non-school friends, and siblings. *Developmental Psychology*, 28(1), 163-172.
- Faraone, S.V.; Sergeant, J.; Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-13.
- Farré, A. & Narbona, J. (2001). *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Feffer, M.H. & Gourevitch, V. (1960) Cognitive aspects of role-taking in children. *Journal of Personality*, 28, 383-96.
- Fliers, E.; Rommelse, N.; Vermeulen, S.H.H.M.; Altink, M.; Buschgens, C.J.M.; Faraone, S.V.; Sergeant, J.A.; Franke, B. & Buitelaar, J.K. (2008). Motor coordination problems in children and adolescent with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 211-220.
- Fontana, R.S.; Vasconcelos, M.M.; Werner Jr., J.; Góes, F.V. & Liberal, E.F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(1), 134-7.
- Frankel, F. & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2), 125-46.
- Freire, A.C.C. & Pondé, M.P. (2005). Estudo piloto da prevalência do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(2B), 474-78.
- Furman, W. (1996). The measurement of friendship perceptions: conceptual and methodological issues Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp.41-65). Cambridge: Cambridge University Press.

- Furman, W. & Bierman, K.L. (1983). Developmental changes in young children's conception of friendship. *Child Development*, 54, 549-56.
- Gaião-e-Barbosa, A.A. (2003). O TDAH em meninas: características especiais? Em Rohde, L.A. & Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 143-149). Porto Alegre: Artmed.
- Gaião-e-Barbosa, A.A.; Barbosa, G.A. & Amorim, G.G. (2005). *Hiperatividade: conhecendo sua realidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garcia, A. (2005a) A amizade no desenvolvimento da criança Em Queiroz, S.S.; Ortega, A.C. & Enumo, S.R.F. (Org.) *Desenvolvimento e Aprendizagem Humana – Temas Contemporâneos* (pp.123-40). Vitória: UFES Programa de Pós Graduação em Psicologia.
- Garcia, A. (2005b). *Psicologia da amizade na infância: uma introdução*. Vitória: GM Gráfica e Editora.
- Garcia, A. (2005c). Relacionamento Interpessoal: uma área de investigação Em Garcia, A. (Org.), *Relacionamento Interpessoal - Olhares Diversos* (pp. 7-27). Vitória: UFES Programa de Pós Graduação em Psicologia.
- Garcia, A. (2006) Friendship in childhood and adolescence: a study in Brazil Em Garcia, A. (Org.) *Personal Relationships – International Studies* (pp.128-41). Vitória: UFES, Núcleo Interdisciplinar para o Estudo do Relacionamento Interpessoal.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-54.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (2002). Seriam os amigos um sonho impossível para a criança hiperativa? Em Goldstein, S. & Goldstein, M. *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança* (pp. 81-104). Campinas: Papyrus.
- Golfeto, J.H. & Barbosa, G.A. (2003). Epidemiologia Em Rohde, L.A. & Mattos, P. (Orgs.) *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 15-33). Porto Alegre: Artmed.
- Gontijo, R. (2005). Transtornos do Aprendizado e TDA/H Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.) *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade* (pp. 830-52). Belo Horizonte: Editora Info.
- Graetz, B.W.; Sawyer, M.G. & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159-68.

- Grevet, E.H., Abreu, P.B. & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. *Revista de Psiquiatria*, 25(3), 446-452.
- Guardiola, A. (2006). Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S. (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 285-299). Porto Alegre: Artmed.
- Guzman, M.R.T.; Carlo, G.; Ontai, L.L.; Koller, S.H. & Knight, G.P. (2004). Gender and age differences in brazilian children's friendship nominations and peer sociometric ratings. *Sex Roles*, 51(3/4), 217-24.
- Haase, V.G.; Gama, A.J.; Guimarães, G.Q. & Diniz, L.F.M. (1998). Intervenções cognitivo-comportamentais para os distúrbios externalizantes. *Caderno de Psicologia*, 8, 203-18.
- Haase, V.G.; Pinheiro, M.I.S. & Freitas, P.M. (2005). Psicoterapia em crianças – Tratamentos psicossociais Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.) *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade* (pp. 872-916). Belo Horizonte: Editora Info.
- Hakvoort, I.M.T. (1996). *Conceptualization of peace and war from childhood through adolescence: a social-cognitive developmental approach*. Unpublished doctoral dissertation, University of Amsterdam. Amsterdam, NL.
- Hallowell, E.M. & Ratey, J.J. (1999). *Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção (DDA) da infância à vida adulta*. (A. Carvalho, Trad.) Rio de Janeiro: Rocco.
- Hartup, W.W. (1996). Cooperation, close relationships, and cognitive development Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp.213-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hartup, W.W. & Stevens, N. (1997). Friendships and adaptation in the life course. *Psychological Bulletin*, 121(3), 355-70.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanism. *Psychological Bulletin*, 111(1), 125-55.
- Hodges, E.V.E.; Boivin, M.; Vitaro, F. & Bukowski, W.M. (1999). The power of friendship: protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35(1), 94-101.

- Hodges, E.V.E.; Malone Jr., M.J. & Perry, D.G. (1997). Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental Psychology*, 33, 1032-39.
- Howes, C. (1983). Patterns of friendship. *Child Development*, 54, 1041-53.
- Hoza, B.; Mrug, S.; Gerdes, A.C.; Bukowski, W.M.; Kraemer, H.C.; Wigal, T.; Hinshaw, S.P.; Gold, J.A.; Pelham Jr., W.E. & Arnold, L.E. (2005) What aspects of peer relationships are impaired in children with attention deficit hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-23.
- Hoza, B.; Mrug, S.; Pelham Jr., W.E.; Greiner, A.R. & Gnagy, E.M. (2003). A friendship intervention for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: preliminary findings. *Journal of Attention Disorders*, 6(3), 87-96.
- Jensen, P.S.; Martin, D.B.A. & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for Research, Practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-79.
- Kaefer, H. (2006). Avaliação psicológica no transtorno da atenção Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S. *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp.315-28). Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P.; Lyszkowski, L.; Johannpeter, J.; Carim, D.B. & Rohde, L.A. (2003). Terapia cognitivo-comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Em Rohde, L.A. & Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 183-197). Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P.; Rohde, L.A.; Lyszkowski, L. & Johannpeter, J. (2002). *Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade Manual do Terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Krappmann, L. (1996). Amicitia, drujba, shin-yu, philia, freundschaft, friendship: on the cultural diversity of a human relationship Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp. 19-40). Melbourne: Cambridge University Press.
- Lahti, J.; Räikköen, K.; Kajantie, E.; Heinonen, K.; Pesonen, A.K.; Järvenpää, A.L. & Strandberg, T. (2006). Small body size at birth and behavioral symptoms of ADHD in children aged five to six years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1167-74.

- Lamarche, V.; Brendgen, M.; Boivin, M.; Vitaro, F.; Pérusse, D. & Dionne, G. (2006). Do friendships and sibling relationships provide protection against peer victimization in a similar way? *Social Development*, 15(3), 373-93.
- Leite, W.B. (2002). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: estudo de prevalência em estudantes da primeira a quarta série do Ensino Fundamental do Município de Inhaúma-MG*. Monografia de Especialização, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Lima, R.C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDAH e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Linnet, K.M.; Wisborg, K.; Agerbo, E.; Secher, N.J.; Thomsen, P.H. & Henriksen, T.B. (2006). Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. *Archives of Disease Childhood*, 91, 655-60.
- Lisboa, C.S.M. (2005). *Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizade de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lisboa, C.S.M. & Koller, S.H. (2001). Considerações Éticas na Pesquisa e na Intervenção sobre Violência Doméstica Em Hutz, C.S. (Org.), *Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção* (pp. 187-212) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Low, A.M.S. (2006). Diagnóstico neurofisiológico no transtorno da atenção Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S. (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp.329-46) Porto Alegre: Artmed.
- Maccoby, E.E. (1990). Gender and relationships: a developmental account. *American Psychologist*, 45(4), 513-20.
- Magalhães, L.C.; Bigonha, C. & Takenaka, I.M. (2008, outubro). *É só atenção? Avaliando os aspectos motores do transtorno do déficit de atenção*. Trabalho apresentado na XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Uberlândia, Brasil.
- Markovits, H., Benenson, J. & Dolenszki, E. (2001). Evidence that children and adolescents have internal models of peer interactions that are gender differentiated. *Child Development*, 72(3), 879-86.
- Martins, S.; Tramontina, S. & Rohde, L.A. (2003). Integrando o processo diagnóstico Em Rohde, L.A.; Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e Práticas em TDA/H* (pp.151-60). Porto Alegre: Artmed.

- Merizio, L.Q. & Rossetti, C.B. (2008). Brincadeira e amizade: um estudo com alemães, brasileiros e libaneses. *Psicologia: Argumento*, 26(55), 329-339.
- Mesquita, R.C.; Gusmão, M.M.G. & Campos, R.H.F. (2008, outubro). *A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção de uma resposta educacional?* Trabalho apresentado na XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Uberlândia, Brasil.
- Milberger, S.; Biederman, J.; Faraone, S.V.; Chen, L. & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-42.
- Miller, P.M.; Danaher, D.L. & Forbes, D. (1986). Sex-related strategies for coping with interpersonal conflict in children age five and seven. *Developmental Psychology*, 22(4), 543-48.
- Morris, A.S.; Silk, J.S.; Steinberg, L.; Myers, S.S. & Robinson, L.R. (2007). *Social Development*, 16(2), 361,388.
- Mrug, S.; Hoza, B.; Pelham, W.E.; Gnagy, E.M. & Greiner, A.R. (2007). Behavior and peer status in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 359-71.
- Nascimento, E. (2004). WAIS-III: Manual para administração e avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Natale, L.L.; Teodoro, M.L.M.; Barreto, G.V. & Haase, V.G. (2008, outubro). *A avaliação das funções executivas e os transtornos externalizantes do desenvolvimento*. Trabalho apresentado na XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Uberlândia, Brasil.
- Newcomb, A.F. & Bagwell, C.L. (1995) Children's friendship relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 117(2), 306-47.
- Newcomb, A.F. & Bagwell, C.L. (1996). The developmental significance of children's friendship relations Em Bukowski, W.M.; Newcomb, A.F. & Hartup, W.W. (Orgs.), *The company they keep – Friendship in childhood and adolescence* (pp.289-321). Cambridge: Cambridge University Press.
- Oliveira, R.G. & Bicca, C. (2003). Desafios e tecnologia na psicoterapia cognitiva do TDAH na infância: seguimento de um ano de caso de gêmeos monozigóticos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(5), 177-181.
- Oliveira, A.P.A.; Passeli, M.C. & Nascimento, E. (2007, abril). *Desempenho cognitivo de pacientes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na escala Wechsler de*

inteligência para adultos - WAIS III. Trabalho apresentado no VIII Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica, Belo Horizonte, Brasil.

Olvera, F.P. (2000). El transtorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista da Faculdade de Medicina UNAM*, 43(6), 243-44.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pacheco, S.P. (2005). Neuropsicologia Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.) *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 124-234). Belo Horizonte: Editora Info.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987) Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-89.

Pastura, G.M.; Mattos, P. & Araújo, A.P.Q.C. (2005). Desempenho escolar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 324-29.

Pelham Jr., W.E. (2001). Are ADHD/I and ADHD/C the same or different? Does it matter? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 502-6.

Pelham Jr., W.E. & Bender, M.E. (1982). Peer relationships in hyperactivity children: description and treatment. *Advances in learning and behavioral disabilities*, 1, 366-436.

Phelan, T.W. (2005). TDA/TDAH – Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade. São Paulo: M.Books.

Piaget, J. (1932/1977). *O julgamento moral da criança*. São Paulo: Editora Mestre Jou.

Pinheiro, M.I.S.; Camargos Jr., W. & Haase, V.G. (2005). Treinamento de pais Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.) *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 942-966). Belo Horizonte: Editora Info.

Pinheiro, M.I.S.; Haase, V.G.; Del Prette, A.; Amarante, C.L.D. & Del Prette, Z.A.P. (2006). Treinamento de habilidades sociais para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 407-14.

Piotto, D.C. & Rubiano, M.R.B. (1999). Amizade entre crianças pequenas: análise da interação de pares preferenciais na creche. *Psico Porto Alegre*, 30(1), 109-29.

Poeta, L.S. & Rosa Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade e Transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 150-5.

- Pondé, M.P. & Freire, A.C.C. (2007). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in school children in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(2A), 240-44.
- Possa, M.A.; Spanemberg, L. & Guardiola, A. (2005). Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(2B), 479-83.
- Prado, H.S. & Bromberg, M.C. (2005). O adolescente e o TDA/H Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 480-505). Belo Horizonte: Editora Info.
- Raad, E.T. (2005). Coach-Coaching Ajudando a organizar a vida diária do TDAH Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 967-1024). Belo Horizonte: Editora Info.
- Reppold, C.T. & Luz, S. (2007). A compreensão do professor sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o impacto sobre o trabalho docente em escola pública Em Hutz, C.S. (Org.), *Prevenção e Intervenção em situações de risco e vulnerabilidade* (pp. 77-98). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Riesgo, R.S. (2006). Transtornos da atenção: comorbidades Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S. (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 347-63). Porto Alegre: Artmed.
- Reisman, J.M. & Shorr, S.I. (1978). Friendship claims and expectations among children and adults. *Child Development*, 49, 913-16.
- Rohde, L.A. (2007, junho) *II Simpósio Internacional de TDAH da UFMG*, Belo Horizonte, Brasil.
- Rohde, L.A.; Barbosa, G.; Tramontina, S. & Polanczik, R. (2000). Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(II), 7-11.
- Rohde, L.A.; Biederman, J.; Busnello, E.A.; Zimmermann, H.; Schmitz, M.; Martins, S. & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescent: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 716-22.
- Rohde, L.A.; Biederman, J.; Knijnik, M.P.; Ketzer, C.; Chachamovich, E.; Vieira, G.M. & Pinzon, V. (1999). Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in brazilian adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 3(2), 91-96.
- Rohde, L.A.; Dorneles, B.V. & Costa, A.C. (2006). Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S.

- (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 365-374). Porto Alegre: Artmed.
- Rohde, L.A.; Ferreira, M.H.M.; Zomer, A.; Forster, L.; Zimmermann, H. (1998). The impact of living on the streets on latency children's friendships. *Revista de Saúde Pública*, 32(3), 273-80.
- Rohde, L.A. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.
- Rohde, L.A.; Miguel Filho, E.C.; Benetti, L.; Gallois, C. & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(3), 124-31.
- Roman, T.; Rohde, L.A. & Hutz, M.H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 196-201.
- Roman, T.; Schmitz, M.; Polanczik, G.V. & Hutz, M.H. (2003). Etiologia Em Rohde, L.A.; Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 35-52). Porto Alegre: Artmed.
- Rotta, N.T. (2006). Transtorno da atenção: aspectos clínicos Em Rotta, N.T.; Ohlweiler, L. & Riesgo, R.S. (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 301-13). Porto Alegre: Artmed.
- Rubin, K.H. & Coplan, R.J. (1992). Peer relationships in childhood Em Bornstein, M.H. & Lamb, M.E. (Orgs.), *Developmental Psychology: an advanced textbook* (pp. 519-78). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rucklidge, J.J & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), 530-540.
- Sagvolden, T.; Johansen, E.B.; Aase, H. & Russell, V.A. (2004). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/ impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences* (in press).
- Sampaio, A.; Silva-Prado, H. & Rosário-Campos, M.C. (2005). Transtornos de ansiedade Em Hounie, A.G. & Camargos Jr., W. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade* (pp. 775-794). Belo Horizonte: Editora Info.
- Schwartzman, J.S. (2001). Transtorno de déficit de atenção. *Neurofácil*, 1.
- Selman, R. (1971). Taking another's perspective: role taking development in early childhood. *Child Development*, 42, 1721-34.

- Selman, R.L. (1981). The child as a friendship philosopher Em Asher, S.R. & Gottman, J.M. *The development of children friendships*. Cambridge: Cambridge University.
- Selman, R.L. & Byrne, D.F. (1974). A structural-developmental analysis of levels of role taking in middle childhood. *Child Development*, 45, 803-06.
- Sena, S.S. & Diniz Neto, O. (2005). *Distraído e a 1000 por hora Perguntas e respostas sobre Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. Belo Horizonte: Anomelivros.
- Silva, M.A.; Louzã, M.R. & Vallada, H.P. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64(3A), 563-67.
- Smith, A.J.; Brown, R.T.; Bunke, V.; Blount, R.L.; & Christophersen, E. (2002). Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 165-177.
- Souza, L.K. (2001). *Paz, guerra e violência: as concepções de crianças e adolescentes de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Souza, L.K. (2006). *Amizade em adultos: adaptação e validação dos questionários McGill e um estudo de diferenças de gênero*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Souza, I.; Serra, M.A.; Mattos, P. & Franco, V. A. (2001). Comorbidade em crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção Resultados Preliminares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 59(2B), 401-6.
- Steinberg, S. (1996). Childbearing research: a transcultural review. *Social Science and Medicine*, 43, 1765-1784.
- Sternberg, R.J. & Grigorenko, E.L. (2004). Why we need to explore development in its cultural context. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(3), 369-386.
- Stormshak, E.A.; Bellanti, C.J. & Bierman, K.L. (1996). The quality of sibling relationships and the development of social competence and behavioral control in aggressive children. *Developmental Psychology*, 32(1), 79-89.
- Swanson, J.M.; Kinsbourne, M.; Nigg, J.; Lanphear, B.; Stefanatos, G.A.; Volkow, N.; Taylor, E.; Casey, B.J.; Castellanos, F.X. & Wadhwa, P.D. (2007). Etiologic subtypes of attention-deficit/ hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology Review*, 17(1), 39-59.

- Szobot, C.M. & Stone, I.R. (2003). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: base neurobiológica Em Rohde, L.A. & Mattos, P. (Orgs.), *Princípios e Práticas em TDA/H* (pp. 53-62). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, G. (2006). *Transtornos Comportamentais na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- Thapar, A.; Langley, K.; Owen, M.J. & O'Donovan, M.C. (2007). Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 1-12.
- Tonelotto, J.M.F. (2002). Aceitação e rejeição: percepção de escolares desatentos no ambiente escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6(2), 141-148.
- Tortella, J.C.B. (2007). Um estudo sobre os sentimentos e os segredos de amizades infantis Em Tognetta, L.R.P. (Org.), *Virtudes e educação – O desafio da modernidade* (pp. 95-119). Campinas: Mercado das Letras.
- Unnever, J.D. & Cornell, D.G. (2003). Bullying, Self-Control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 129-47.
- Valeski, A.; Coelho, B.L.P. & Rodrigues, M.C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: tratamento fisioterapêutico com abordagem ludoterapêutica. *Fisioterapia Brasil*, 5(1), 66-72.
- Vasconcelos, M.M.; Malheiros, A.F.A.; Werner Jr., J.; Brito, A.R.; Barbosa, J.B.; Santos, I.S.O. & Lima, D.F.N. (2005). Contribuição dos fatores de riscos psicossociais para o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(1), 68-74.
- Vasconcelos, M.M.; Werner Jr., J.; Malheiros, A.F.A.; Lima, D.F.N.; Santos, I.S.O. & Barbosa, J.B. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(1), 67-73.
- Waldman, I.D. & Gizer, I.R. (2006). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26 (4), 396-432.
- Weber, P. & Lütschg, J. (2002). Methylphenidate treatment. *Pediatric Neurology*, 26(4), 261-266.

ANEXO A

Sintomas de Desatenção e Hiperatividade-Impulsividade segundo o DSM-IV-TR (2002)

Desatenção

1. Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
2. Com frequência, tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
3. Com frequência, parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
4. Com frequência, não segue instruções e não termina deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
5. Com frequência, tem dificuldades para organizar tarefas e atividades;
6. Com frequência, evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
7. Com frequência, perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
8. É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
9. Com frequência, apresenta esquecimento em atividades diárias.

Hiperatividade

1. Frequentemente agita as mãos ou pés ou se remexe na cadeira;
2. Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
3. Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
4. Com frequência, tem dificuldades para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

5. Com frequência, está “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;
6. Frequentemente fala em demasia.

Impulsividade

1. Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
2. Com frequência, tem dificuldades para aguardar sua vez;
3. Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

ANEXO B

Roteiro para Entrevista com Crianças **Adaptado de Antoniazzi e cols., (2001)**

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

DATA DA ENTREVISTA:

NÚMERO DE IRMÃOS:

TDAH: ____ Sim ____ Não / SE **SIM**: HÁ COMORBIDADE (VER EACI-P)?

EM USO DE MEDICAÇÃO? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?

FAZ OUTRO TRATAMENTO PARA TDAH (PSICOTERAPIA, TREINAMENTO DE PAIS, ETC)?

QUESTÕES

A maioria das pessoas tem alguém com quem gosta de estar e com quem se dá bem, um amigo ou colega.

- 1) Você pode me dizer se você tem algum colega com quem você gosta de estar?
- 2) Quem é ele (a)? (nome; parente/ vizinho/ colega de sala)
- 3) Quantos anos ele (a) tem?
- 4) Ele (a) é seu amigo (a)? (se NÃO, você tem algum amigo?)
- 5) Por que ele (a) é seu amigo (a)?
- 6) Com que frequência você encontra seu amigo (a)?
- 7) O que vocês costumam fazer quando estão juntos?
- 8) Há quanto tempo ele (a) é seu amigo (a)?
- 9) Ele (a) sabe que você o (a) considera seu amigo (a)?
- 10) Você acha que ele (a) também o (a) considera-se seu amigo (a)?
- 11) O que uma pessoa precisa ter ou fazer para ser seu amigo (a)?
- 12) Você tem outros amigos (as)?
- 13) Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO C

Roteiro para Entrevista com Pais ou Responsáveis

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

NOME DO FILHO:

SEXO:

DATA DA ENTREVISTA:

QUESTÕES

Grande parte das crianças tem alguém com quem gosta de estar e com quem se dá bem, um amigo ou colega.

- 1) Você pode me dizer se seu filho tem algum colega com quem gosta de estar?
- 2) Quem é ele (a)? (nome; parente/ vizinho/ colega de sala)
- 3) Quantos anos ele (a) tem?
- 4) Você os considera amigos? (se NÃO, seu filho tem algum amigo?)
- 5) Por que você os considera amigos?
- 6) Com que frequência seu filho encontra esse amigo (a)?
- 7) O que eles costumam fazer quando estão juntos?
- 8) Há quanto tempo eles são amigos?
- 9) Seu filho tem outros amigos (as)?
- 10) Como você lida com a (s) amizade (s) de seu filho?
- 11) Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO D**Escala sobre Qualidade da Amizade (Lisboa, 2005)**

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
ESCOLA:	TURMA:

Como é seu melhor amigo (a) ?

Instruções: Abaixo você lerá diferentes frases que descrevem características. Nós queremos saber se estas frases têm a ver com você e seu melhor amigo (a)! Ao lado você verá números que vão de 1 a 5. Se a frase for **verdade** (tiver a ver com suas características, com seu jeito de ser), marque **5**; se for **mais ou menos verdade**, marque **4**; se você tiver **dúvidas**, não souber se tem a ver com você ou não, marque **3**; se **quase sempre não tem a ver**, mas de vez em quando até tem, por favor, marque **2**. E, se a frase **não tem nada a ver** com você, marque **1**.

POR FAVOR, RESPONDA COM TODA A SINCERIDADE PORQUE NINGUÉM, EXCETO O PESQUISADOR, LERÁ ESTES QUESTIONÁRIOS.

NÃO EXISTE CERTO OU ERRADO: O MELHOR QUE VOCÊ PODE FAZER É SER SINCERO SOBRE SUA MELHOR AMIZADE!

Escreva o nome do (a) seu (sua) melhor amigo (a): _____

Agora, para marcar os números abaixo, pense na amizade que você tem com este (a) amigo (a) agora, nos dias de hoje!

1. Meu (minha) amigo (a) e eu costumamos passar nosso tempo livre juntos	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
2. Meu (minha) amigo (a) sempre pensa em coisas legais (ou tem idéias legais) sobre atividades para fazermos juntos.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
3. Vou à casa do meu (minha) amigo (a) e ele vem na minha depois da aula e nos finais de semana.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente

4. Às vezes, meu (minha) amigo (a) e eu conversamos sobre a escola, esportes, enfim, coisas que gostamos.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
5. Eu brigo, às vezes, com meu (minha) amigo (a).	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
6. Meu (minha) amigo (a) me incomoda ou implica comigo às vezes, mesmo que eu peça para ele (a) parar.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
7. Eu e meu (minha) amigo (a) discutimos muito.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
8. Eu e meu (minha) amigo (a) discordamos em várias coisas.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
9. Se eu esquecer meu lanche e/ou estiver com fome, meu (minha) amigo (a) me empresta dinheiro para eu comprar alguma coisa.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
10. Meu (minha) amigo (a) me ajuda quando eu tenho algum problema com alguma coisa (ou “quando estou em apuros”).	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
11. Meu (minha) amigo (a) me ajudaria se eu precisasse.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
12. Se os outros (as) estiverem me incomodando, meu (minha) amigo (a) me ajudará.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
13. Meu (minha) amigo (a) ficará ao meu lado se os outros estiverem me incomodando.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
14. Se eu tenho problemas em casa ou na escola, posso falar sobre isto com meu (minha) amigo (a).	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
15. Se existe algo me incomodando, eu posso falar com meu (minha) amigo (a) sobre este problema, mesmo que eu não possa falar sobre este assunto com mais ninguém.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
16. Se eu pedir desculpas para meu (minha) amigo (a) depois de uma briga, ele (ela) continuará bravo (a) comigo.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente

17. Se meu amigo (a) e eu brigarmos, nós podemos dizer “desculpe-me” e tudo ficará “numa boa”.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
18. Se meu (minha) amigo (a) mudar de casa ou de cidade, eu vou sentir saudades.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
19. Eu me sinto muito feliz quando estou com meu (minha) amigo (a).	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
20. Eu penso no (a) meu (minha) amigo (a) mesmo quando não estamos juntos.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
21. Quando tenho sucesso (me dou bem) em alguma coisa, meu (minha) amigo (a) fica feliz por mim.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente
22. Às vezes, meu amigo faz coisas boas pra mim ou me faz sentir especial.	Discordo Totalmente_1_/2_/3_/4_/5_Concordo Totalmente

Agradecemos muito a sua ajuda! Muito obrigado!

ANEXO E

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 135/08

**Interessado(a): Profa. Luciana karine de Souza
Departamento de Psicologia
FAFICH - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de junho de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Relações de amizade em meninos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over the printed name.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO F

Exemplo de Entrevista com Criança Participante do Grupo Clínico

Entrevistadora (E): A maioria das pessoas tem alguém com quem gosta de estar, com quem se dá bem, um amigo ou colega.

E: Você tem algum colega com quem você gosta de estar?

Participante (P): – Tenho.

E: Quem é ele?

P: – O C.L., da sala.

E: Quantos anos ele tem?

P: - 08.

E: Ele é seu amigo?

P: – Sim.

E: Por que ele é seu amigo?

P: – Ele vem na minha casa, brinco com ele demais.

E: Quantas vezes você encontra com ele?

P: – Todo dia na escola, às vezes ele vem na minha casa, às vezes vou à casa dele.

E: O que vocês fazem quando vocês estão juntos?

P: – Brincamos sempre, jogamos *playstation*, futebol na escola.

E: Há quanto tempo ele é seu amigo?

P: – Desde que comecei a estudar, esse ano, no início do ano.

E: Ele sabe que você o considera seu amigo?

P: – A gente sempre brinca junto no recreio...

E: Você acha que ele também se considera seu amigo?

P: – Acho que considera sim: do jeito que a gente brinca juntos...

E: O que uma pessoa precisa fazer ou ter pra ela ser sua amiga?

P: – Agir de forma educada e não fazer movimentos bruscos.

E: Você tem outros amigos?

P: – Tenho: uns seis, contando com o C.L.

E: Você gostaria de falar mais alguma coisa?

P: – Não.

ANEXO G

Exemplo de Entrevista com Mãe Participante do Grupo Clínico

E: Grande parte das crianças tem alguém com quem gosta de estar e com quem se dá bem, um amigo ou colega.

E: Você sabe se seu filho tem algum colega com quem você gosta de estar?

P: – Sei.

E: Quem é ele?

P: – O M., da escola.

E: Quantos anos ele tem?

P: - 14 anos: G. (meu filho) sempre se identifica com pessoas mais velhas.

E: Você os considera amigos?

P: – Sim.

E: Por quê?

P: – Porque a mãe dele é minha amiga, quando ela vem, ele também vem.

E: Com que frequência eles se encontram?

P: – Em jogos no Mineirão e ele vem junto com ela...

E: O que eles fazem quando estão juntos?

P: – Jogam playstation.

E: Há quanto tempo eles são amigos?

P: – 06 anos.

E: Seu filho tem outros amigos?

P: – Tem: o P., da outra escola e o C.L., da escola.

E: De modo geral, como você lida com as amizades do G.?

P: - Não interfiro, deixo escolher os amigos, mas, por trás, vou orientando... Não falo que não quero, não fico chamando, incentivando, sou neutra... G. chama mais pra vir aqui do que vai. Ele tem futebol de manhã, já tem turma, mas C.L. já veio dormir. Observo se a criança é agitada, mas não falo que não quero, deixo pra ele mesmo...

E: Sobre essas que conversamos você quer falar mais alguma coisa?

P: – Não...

ANEXO H

Exemplo de Entrevista com Criança Participante do Grupo Típico

E: A maioria das crianças, das pessoas, tem alguém com quem gosta de estar, com quem gosta de conversar, com quem se dá bem.

E: Você tem algum colega com quem você gosta de estar?

P: – Tenho.

E: Quem é ele?

P: – O M.R.

E: Ele é seu amigo?

P: – É!

E: Por que ele é seu amigo?

P: – Por que... A gente fica conversando...e...brincando!

E: Quantas vezes você encontra com o M.?

P: – Todos os dias que ele não falta na aula!

E: O que vocês fazem quando vocês estão juntos?

P: – A gente conversa.

E: Há quanto tempo ele é seu amigo?

P: – Hum... Desde 2007! Não! Desde 2006!

E: Ele sabe que você considera ele seu amigo?

P: – Sabe.

E: E você acha que ele também considera-se seu amigo?

P: – Acho.

E: O que uma pessoa precisa fazer ou ter pra ela ser sua amiga?

P: – É... ser boa com ela, e... ter educação!

E: Então pra uma pessoa ser sua amiga ela precisa ser boa com você e ser educada?

P: – É!

E: Além do M. você tem outros amigos?

P: – Tenho.

E: Quem são?

P: – O A.! J. V.! E G.!

E: Sobre essas que eu te perguntei você quer falar mais alguma coisa?

P: – Hum... Não...

ANEXO I

Exemplo de Entrevista com Mãe Participante do Grupo Típico

E: Grande parte das crianças tem alguém com quem gosta de estar e com quem se dá bem, um amigo ou colega.

E: Seu filho tem algum colega com quem você gosta de estar?

P: – M.

E: Quem é ele?

P: – Primo.

E: Quantos anos ele tem?

P: – 08.

E: Você os considera amigos?

P: – Sim: amizade que na mesma hora que briga quer estar junto.

E: Por que você os considera amigos?

P: - Porque sempre querem estar junto.

E: Com que frequência eles se encontram?

P: – Todos os finais de semana: sábado e domingo.

E: O que eles fazem quando estão juntos?

P: – Brigam (coisa de criança), brincam de tudo: videogame (*playstation*), peteca, pegador.

E: Há quanto tempo eles são amigos?

P: – Desde que se entende por criança... Desde pequenos.

E: Seu filho tem outros amigos?

P: – Primos.

E: De maneira geral, como você lida com as amizades do seu filho?

P: – Trabalho o dia inteiro, então minha casa não é freqüentada por gente estranha. Nem deixo ir pra casa dos outros, aqui é muito família, moramos todos no mesmo lote, ele brinca com os primos...

E: Sobre essas que conversamos você quer falar mais alguma coisa?

P: – Não, meu filho é uma criança tranqüila.

ANEXO J

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Responsável na Instituição Colaboradora na Pesquisa

Estamos realizando um estudo sobre as relações de amizade de crianças de sete aos nove anos de idade. Trabalhos como esse são realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil. É muito importante saber o que as crianças pensam sobre suas relações de amizades e como elas as valorizam, uma vez que tais relações influenciam o desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem social infantil.

Para que esse estudo seja realizado precisamos de sua ajuda. Se você consentir com a realização dessa pesquisa, será feita uma triagem inicial das crianças por meio de uma escala de avaliação do comportamento infantil respondida pelos professores (EACI-P). Em seguida, as crianças selecionadas serão convidadas a dar uma breve entrevista e responder a uma escala sobre amizade (EQA). Somente participarão dessa etapa as crianças que apresentarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais ou Responsáveis, devidamente assinado por um deles. Mediante contato realizado pela pesquisadora, o pai ou responsável será, ainda, convidado a responder algumas questões sobre as amizades de seu filho.

A entrevista com a criança será individual e gravada em áudio, sendo realizada nas dependências da escola. A entrevista com o pai ou responsável será agendada por contato realizado pela pesquisadora, em horário e local de disponibilidade do mesmo. As respostas à entrevista serão guardadas pela orientadora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais por um período de cinco anos, após o qual serão descartadas. Não haverá qualquer identificação da criança e do pai (ou responsável) em suas respostas registradas em áudio.

Em qualquer momento desse trabalho está assegurada aos participantes sua desistência, por quaisquer que sejam os motivos. Ao fim desse estudo, os resultados serão disponibilizados aos pais ou responsáveis e a essa instituição, não havendo ônus para os participantes em quaisquer das etapas do presente trabalho. As pesquisadoras responsáveis por esse estudo são a Prof^a. Dr^a. Luciana Karine de Souza e a mestranda Psicóloga Soraya da Silva Sena (Av. Silviano Brandão, 1600; sala 110; Bairro Horto; Tel.: 31 - 97754943).

Desde já agradecemos sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Por meio deste consentimento, declaro que fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa. Autorizo, portanto, a participação do (a) _____ (nome da instituição) no presente estudo.

Ass. do Responsável

Ass. da Orientadora

Ass. da Pesquisadora

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP - UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II; 2º andar; Campus Pampulha; Cep: 31270-901; BH; MG; Telefax.: (31) 34094592.

ANEXO K

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais ou Responsáveis

Estamos realizando um estudo sobre as relações de amizade de crianças de sete aos nove anos de idade. Trabalhos como esse são realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil. É muito importante saber o que as crianças pensam sobre suas relações de amizades e como elas as valorizam, uma vez que tais relações influenciam o desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem social infantil.

Para que esse estudo seja realizado precisamos de sua ajuda. Se você consentir com a realização dessa pesquisa, será feita, com você, uma breve entrevista sobre as amizades de sua criança. Em seguida, seu filho será convidado a dar uma entrevista e responder a uma escala sobre amizade (EQA). A entrevista com a criança será individual e gravada em áudio, sendo realizada nas dependências da escola. A entrevista com o pai ou responsável será agendada por contato realizado pela pesquisadora, em horário e local de disponibilidade do mesmo. As respostas às entrevistas serão guardadas pela orientadora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais por um período de cinco anos, após o qual serão descartadas. Não haverá qualquer identificação, sua ou de sua criança, nas respostas registradas em áudio.

Em qualquer momento desse trabalho está assegurada aos participantes sua desistência, por quaisquer que sejam os motivos. Ao fim desse estudo, os resultados serão disponibilizados aos pais ou responsáveis e a essa instituição, não havendo ônus para os participantes em quaisquer das etapas do presente trabalho. As pesquisadoras responsáveis por esse estudo são a Prof^ª. Dr^ª. Luciana Karine de Souza e a mestrande Psicóloga Soraya da Silva Sena (Av. Silviano Brandão, 1600; sala 110; Bairro Horto; Tel.: 31 - 97754943).

Desde já agradecemos sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Por meio deste consentimento, declaro que fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa. Autorizo, portanto, a participação do (a) _____ (nome da criança) no presente estudo.

Assinatura do Pai ou Responsável

Tel.:

Assinatura da Criança

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP - UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II; 2º andar; Campus Pampulha; Cep: 31270-901; BH; MG; Telefax.: (31) 34094592.

ANEXO L

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Professor (a)

Estamos realizando um estudo sobre as relações de amizade de crianças de sete aos nove anos de idade. Trabalhos como esse são realizados em todo o mundo, inclusive no Brasil. É muito importante saber o que as crianças pensam sobre suas relações de amizades e como elas as valorizam, uma vez que tais relações influenciam o desenvolvimento cognitivo e a aprendizagem social infantil.

Para que esse estudo seja realizado precisamos de sua ajuda. Se você consentir em participar dessa pesquisa, será feita uma avaliação do comportamento escolar de seu aluno _____ por meio do preenchimento da Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor (EACI-P). Em seguida, as crianças participantes desse estudo – incluindo seu aluno - darão uma breve entrevista e responderão a uma escala sobre amizade. O pai ou responsável pela criança responderá, ainda, algumas questões sobre as amizades de seu filho, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pais ou Responsáveis.

O preenchimento da EACI-P (em anexo) consome aproximadamente 15 minutos e deve ser realizado individualmente pelo professor. O professor deve conhecer a criança há, pelo menos, dois meses e não deve deixar nenhum item em branco. A EACI-P inclui itens referentes ao comportamento infantil, desempenho escolar, interesses acadêmicos, necessidade de atendimento profissional e história familiar de dificuldades escolares, além das instruções para o correto preenchimento. As respostas à EACI-P têm a finalidade de triagem de crianças com perfil indicado para essa pesquisa, sendo de uso exclusivo para esse trabalho. As escalas preenchidas serão guardadas pela orientadora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais por um período de cinco anos, após o qual serão descartadas.

Em qualquer momento desse trabalho está assegurada aos participantes sua desistência, por quaisquer que sejam os motivos. Ao fim desse estudo, os resultados serão disponibilizados aos pais ou responsáveis e aos professores, não havendo ônus para os participantes em quaisquer das etapas do presente trabalho. As pesquisadoras responsáveis por esse estudo são a Prof^a. Dr^a. Luciana Karine de Souza e a mestrand

Psicóloga Soraya da Silva Sena (Av. Silviano Brandão, 1600; sala 110; Bairro Horto; Tel.: 31 - 97754943).

Desde já agradecemos sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Por meio deste consentimento, declaro que fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa.

Ass. do Professor (a)

Ass. da Pesquisadora

Ass. da Orientadora

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP - UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II; 2º andar; Campus Pampulha; Cep: 31270-901; BH; MG; Telefax.: (31) 34094592.