

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ): Predição do TDAH e TEA em Crianças

Sofia Lira Chiodi¹
 Bárbara Dias Fabre¹
 Eduardo de Souza Hashimoto¹
 Patrícia Silva Lúcio¹

¹Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil

Resumo

Este estudo investigou o poder de predição das subescalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno do espectro autista (TEA) na avaliação de pais e professores. Participaram 108 crianças entre 4 e 12 anos (controles n=72) sendo o grupo clínico composto por crianças com diagnóstico psiquiátrico. Análises multivariadas de variância verificaram as similaridades e diferenças entre os grupos nas subescalas e modelos de regressão logística foram testados para analisar o poder de predição. Os grupos clínicos apresentaram dificuldades em todas as subescalas e as crianças com TEA diferiram-se das com TDAH apenas em sintomas emocionais. O comportamento pró-social foi preditivo para os dois transtornos. Especificidades e divergências foram encontradas no poder preditivo das demais subescalas para ambos os grupos e avaliações. Discute-se o potencial do SDQ para auxílio diagnóstico do TDAH e TEA em diferentes contextos.

Palavras-chave: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, transtorno autístico, transtornos do comportamento infantil, questionário

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Prediction of ADHD and ASD in Children

Abstract

This study investigated the predictive power of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) subscales for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autistic spectrum disorder (ASD) in the evaluation of parents and teachers. Participants were 108 children between 4 and 12 years (controls $n = 72$) and clinical group presented psychiatric diagnosis. Multivariate analysis of variance verified the similarities and differences between the groups in the subscales, and logistic regression models to analyze the predictive power. Clinical groups presented difficulties in all subscales, and the children with ASD differed from those with ADHD only in emotional problems. Pro-social behavior was predictive for both disorders. Specificities and divergences were found in the predictive power of the other subscales for both groups and evaluators. We discuss the relevance of SDQ to aid diagnosis of ADHD and ASD in different contexts.

Keywords: attention deficit disorder with hyperactivity, autism, childhood behavior disorders, questionnaires

Questionario de Capacidades y dificultades (SDQ): Predicción de TDAH y TEA en Niños

Resumen

Este estudio investigó el poder predictivo de las subescalas del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno del espectro autista (TEA) en la evaluación de padres y profesores. Participaron 108 niños entre 4 y 12 años (controles $n = 72$), estando el grupo clínico compuesto por niños con diagnóstico psiquiátrico. Los análisis multivariados de varianza verificaron las similitudes y diferencias entre grupos en las subescalas y se generaron modelos de regresión logística para analizar el poder predictivo. Los grupos clínicos tenían dificultades en todas las subescalas y los niños con TEA se diferenciaban de los que tenían TDAH solo en los síntomas emocionales. Se encontraron especificidades y divergencias en el poder predictivo de las otras subescalas tanto para grupos como para evaluaciones. Este estudio indicó el potencial de SDQ para ayudar al diagnóstico de TDAH y TEA en diferentes contextos.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, trastornos de la conducta, cuestionario

Introdução

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) é um instrumento voltado para o rastreamento de determinados problemas comportamentais e de saúde mental de crianças e adolescentes dos 2 aos 17 anos de idade. Apresenta três versões de preenchimento, podendo

ser respondido por pais ou responsáveis, professores e pela própria criança (quando acima de 11 anos). O SDQ é composto por 25 itens, divididos igualmente em cinco subescalas, que avaliam sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social (Goodman, 1997). O SDQ possui, ainda, uma versão estendida composta por um suplemento de

impacto (qualitativa), que explora o prejuízo das dificuldades na vida da criança (Goodman, 1999).

O instrumento é de livre acesso e de fácil correção, disponível em mais de 40 idiomas (Goodman, 2001) e apresenta índices adequados de validade e fidedignidade, inclusive para a população brasileira (p. ex., Dos Santos & Celeri, 2018; Saur & Loureiro, 2012). Sendo uma escala de rastreio, o SDQ não possui finalidade diagnóstica, mas seus resultados podem auxiliar no esclarecimento de aspectos comportamentais da criança em diferentes contextos. Por isso, o SDQ tem sido utilizado em muitos estudos com o objetivo de rastrear problemas comportamentais e de saúde mental (p. ex., Dos Santos & Celeri, 2018; Ignachewski, Batista, Toni, & Pavoski, 2019). O SDQ também pode ser utilizado em pesquisas que estudam transtornos mentais específicos em crianças, por exemplo, transtorno do espectro autista, TEA (p. ex., Horiuchi et al., 2014) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, TDAH (Algorta, Batista, Toni, & Pavoski, 2016). No presente estudo, utiliza-se o SDQ para investigar prováveis perfis de comportamento em crianças com um desses dois transtornos.

O TEA é caracterizado por prejuízos na comunicação e interação social e em padrões comportamentais restritos e repetitivos. Os sintomas se manifestam precocemente provocando prejuízos para o indivíduo em seu funcionamento do cotidiano (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014). Estima-se que 70% das pessoas com TEA tenham um transtorno mental comórbido, sendo que a comorbidade do TEA com o TDAH pode variar de 17% a 95% (Antshel, Zhang-James, & Faraone, 2013; Visser, Rommelse, Greven, & Buitelaar, 2016).

O TDAH é caracterizado por padrões de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, presentes em diferentes contextos e prejudiciais no funcionamento e no desenvolvimento ao longo do ciclo vital (APA, 2014). Individualmente, o TDAH é o transtorno do neurodesenvolvimento mais comum e atinge cerca de 5% da população mundial, com variação entre 2% e 7% dependendo da metodologia do estudo (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018).

A investigação de perfis sintomatológicos em escalas comportamentais e de saúde mental, como o SDQ, depende da avaliação de grupos de indivíduos com diferentes características diagnósticas de forma conjunta em uma mesma amostra (Bird, Gould, & Staghezza, 1993). Foram encontrados apenas três estudos que utilizaram o SDQ para avaliar conjuntamente amostras

de crianças com sintomas de TDAH e TEA (Green, Sciberras, Anderson, Efron, & Rinehart, 2016; Russell, Rodgers, & Ford, 2013; Yamawaki et al., 2020). O estudo de Green et al. (2016) mostrou que os sintomas de TEA avaliados pelo *Social Communication Questionnaire* (SCQ) aumentaram a probabilidade de crianças com TDAH de apresentar problemas emocionais (avaliados por pais e professores) e problemas de conduta (avaliados pelos pais) avaliados pelo SDQ. Entre os controles, maiores escores no SCQ estiveram associados a maiores problemas emocionais e de relacionamento (avaliados pelos pais) e problemas de conduta (avaliados pelos professores). Entretanto, o SCQ perdeu o poder preditivo quando foram controlados fatores, como a idade, sexo, problemas internalizantes e externalizantes e fatores familiares.

Yamawaki et al. (2020) estudaram os problemas comportamentais e emocionais encontrados em meninos de 6 a 12 anos, que possuíam comorbidade de TEA e TDAH, em comparação a meninos diagnosticados com apenas um dos transtornos. Os pesquisadores demonstraram que as crianças com comorbidade apresentavam maiores riscos de desenvolver problemas emocionais e comportamentais, pois tiveram maiores escores nas subescalas de problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento, e menores escores na subescala de comportamento pró-social.

O estudo mais completo encontrado foi o de Russell et al. (2013), que avaliaram cerca de 14.000 crianças de uma coorte britânica (*The Millennium Cohort Study*, MCS) reportadas pelos pais como apresentando ou não diagnóstico prévio de TDAH ou TEA. Os autores objetivaram observar o poder preditivo do SDQ (avaliado por pais e professores) sobre a presença de diagnóstico prévio de TDAH ou TEA e, secundariamente, observar a sobreposição sintomatológica das crianças de diferentes categorias diagnósticas nas subescalas do SDQ. Utilizando modelos de regressão logística, os autores evidenciaram que a subescala de hiperatividade, avaliada por pais e professores, e o suplemento de impacto, avaliado pelos pais, foram significativamente associados ao diagnóstico do TDAH. Em relação ao TEA, a maioria das subescalas foi preditiva, com exceção das subescalas de sintomas emocionais e comportamento pró-social (avaliadas por professores), de problemas de conduta (avaliada por pais) e problemas de relacionamento (avaliadas por pais e professores). Os autores concluíram que, apesar da sobreposição sintomatológica do TDAH e TEA, a subescala de hiperatividade e o suplemento de impacto foram bons preditores do diagnóstico de

TDAH, enquanto a subescala de comportamento pró-social foi uma forte preditora para o TEA.

O uso de amostras com características clínicas heterogêneas pode contribuir para o refinamento de critérios diagnósticos, bem como promove a investigação de fatores etiológicos e de risco para determinados transtornos (Bird et al., 1993). Aliado a isso, investigar o potencial de uso de escalas de rastreio, como o SDQ, é importante para o contexto da pesquisa intercultural, por permitir elucidar os perfis de comportamento e de saúde mental de crianças pertencentes a diferentes subgrupos e comparar a resultados obtidos em diferentes países. Conforme dito, o SDQ é uma escala amplamente utilizada e disponível em diversos idiomas. Este estudo propõe investigar os perfis de desempenho de crianças com TDAH e TEA (sem comorbidades) e respectivos grupos de controle (sem nenhum desses transtornos) na avaliação de pais e professores no SDQ. Buscar-se-á explorar os perfis comportamental e de saúde mental produzidos pelas subescalas e investigar o nível de sobreposição (similaridades) e especificidades (diferenças) sintomatológicas nas subescalas do questionário, as com melhor poder de predição e o grau de concordância entre pais e professores nas avaliações.

Método

Caracterização da Pesquisa e Considerações Éticas

Este é um estudo transversal, do tipo caso-controle, descritivo e comparativo entre grupos. Os dados desta pesquisa fazem parte de dois estudos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (pareceres n.º 3.097.119 e n.º 3.171.569). Os estudos buscaram caracterizar o desempenho das funções executivas e de perfis comportamentais de crianças com TDAH e TEA em relação a crianças sem diagnóstico. Participaram somente crianças que tiveram anuência pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por seus pais ou responsáveis.

Amostra

A coleta de dados ocorreu em uma cidade do interior do Paraná, por meio de uma parceria realizada com o órgão que liga a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação da cidade. Para composição dos grupos clínicos, o órgão forneceu uma lista com 59 crianças do município diagnosticadas previamente por psiquiatras da própria instituição com TEA ($n = 33$) ou TDAH ($n = 26$), que estavam incluídas no sistema de ensino

regular da educação infantil ao 6º ano do ensino fundamental. A partir dessa lista, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: faixa etária de 4 anos incompletos; ter diagnóstico/suspeita de deficiência intelectual (DI); apresentar comorbidades comportamentais ou de saúde relatadas. Por esses critérios, foram excluídas as crianças pequenas (14 do grupo TEA), uma que apresentava diagnóstico de DI (grupo TDAH) e duas que apresentavam comorbidades (ambas do grupo TDAH). Desse modo, entrou-se em contato com os pais das crianças restantes para autorização e entrevistas.

No momento das avaliações individuais com as crianças, três foram excluídas do grupo TEA (uma por ter mudado de cidade, uma por ter passado a frequentar educação especial e a outra porque, no momento da avaliação, não conseguiu realizar as tarefas). Já no grupo TDAH, três crianças foram excluídas porque as escolas não deram autorização para participação do grupo de controle. Assim sendo, a amostra do grupo clínico foi composta por 36 crianças, sendo 20 diagnosticadas com TDAH e 16 com TEA (sem comorbidades diagnosticadas). Todas as crianças estavam em tratamento (acompanhamento psiquiátrico e/ou psicopedagógico) na mesma instituição (com exceção de uma do grupo TEA, que realizava atendimento psiquiátrico particular). As crianças que estavam em tratamento medicamentoso para o TDAH ($n = 18$) não foram medicadas em até 24h antes da aplicação das tarefas.

Na composição do grupo de controle, para cada criança do grupo clínico, as professoras convidaram os pais de duas crianças da mesma turma, idade e sexo (com exceção de quatro crianças, nessa última variável), para dar anuência para participação no estudo. Assim, em uma proporção de 2:1, o grupo-controle foi composto por 72 crianças, sem diagnóstico prévio de TDAH ou TEA.

Instrumentos

Critério de Nível Socioeconômico Brasil

O questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa é um instrumento utilizado para o cálculo do nível socioeconômico a partir do Critério Brasil. É composto por questões acerca do domicílio, acesso a serviços públicos e grau de escolaridade do chefe de família. A pontuação varia de 1 a 100, sendo distribuída nas classes A até D-E (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015). As classificações de nível socioeconômico foram utilizadas para verificar o emparelhamento entre os grupos.

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

É um teste que avalia inteligência não verbal em crianças composto por 36 itens divididos equitativamente em três séries (A, Ab e B). Os itens são compostos por figuras com uma fração omitida, que pode ser completada por apenas uma entre seis opções de resposta. Para respostas corretas, é atribuído um ponto e o escore máximo é, portanto, de 36 pontos (Raven, Raven, & Court, 2003). As classificações de inteligência foram utilizadas para verificar o emparelhamento entre os grupos.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

O SDQ é um questionário composto por 25 afirmativas que considera o comportamento da criança nos últimos seis meses. As opções de resposta estão distribuídas em uma escala do tipo Likert, que varia entre falso (zero ponto), mais ou menos verdadeiro (um ponto) e verdadeiro (dois pontos). A exceção fica por conta de cinco itens cuja pontuação é invertida (itens 7, 11, 14, 21 e 25). O escore de cada subescala varia entre 0 e 10 e o escore total de dificuldades é a soma dos escores das subescalas SE, PC, HI e PR (0 a 40 pontos). O ponto de corte indicativo de dificuldades é 17 para versão do SDQ avaliado por pais e 16 para professores (Saur & Loureiro, 2012). Para fins desta pesquisa, utilizou-se apenas os escores das subescalas.

Procedimentos

Após a seleção inicial dos grupos clínicos, a equipe do órgão de saúde e educação entrou em contato com os pais para agendar uma reunião presencial, em que os objetivos da pesquisa foram explicados e as assinaturas dos TCLE coletadas. Nesse encontro, foram agendadas as entrevistas individuais com os pais das crianças do grupo clínico para a aplicação dos questionários. Com a composição desses grupos, a equipe entrou em contato com as escolas para a autorização das professoras, que selecionaram as crianças do grupo de controle e responderam aos questionários sobre os participantes de ambos os grupos. Para a participação no grupo de controle, foram realizados os mesmos procedimentos dos grupos clínicos (i.e., foi realizada uma entrevista nas escolas com os pais ou responsáveis para autorização e aplicação dos instrumentos). A avaliação individual com as crianças ocorreu nas próprias escolas, em aplicação única, com duração média de 30 a 40 minutos cada. Foram aplicados vários instrumentos e tarefas cognitivas, porém, para os fins desta pesquisa, serão reportados os dados

do SDQ, Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e Critério de Nível Socioeconômico Brasil.

Análise de Dados

Os dados foram analisados a partir de estatísticas descritivas e inferenciais separadamente para todas as subescalas respondidas por pais e pelos professores. Para verificar o emparelhamento dos grupos nas variáveis de controle (idade, sexo, nível socioeconômico e classificação de inteligência), foram realizadas análises univariadas de variância para as variáveis métricas e testes de qui-quadrado para as variáveis categóricas. Análises multivariadas de variância (MANOVA) foram realizadas para comparações entre os escores dos grupos nas subescalas do SDQ e testes de *post-hoc* (Bonferroni) apontaram as comparações emparelhadas. Análises gráficas dos escores nas subescalas foram realizadas por meio de *boxplots*, para uma inspeção visual do grau de concordância entre pais e professores nas avaliações.

Modelos de regressão logística foram gerados, tendo como variáveis preditoras as subescalas do SDQ e, como variável resposta os grupos TDAH x controle e TEA x controle. Para todos os casos, a variável de referência foi o grupo-controle (classificado como 0). A regressão logística reporta os efeitos em termos de razão de chance ou exponencial de beta, $\text{Exp}(B)$. Valores de $\text{Exp}(B)$ maiores que 1 indicam maior chance de pertencer ao grupo classificado como 1 na regressão logística (no caso do presente estudo, do grupo clínico). Valores abaixo de 1 indicam menor chance de pertencer a esse grupo. Assim, um $\text{Exp}(B) = 1,5$ indica que o valor de uma determinada variável preditora aumenta em 1,5 vezes a chance de pertencer ao grupo 1, enquanto o $\text{Exp}(B) = 0,50$ reduz pela metade essa chance (DeMaris, 2012).

Utilizou-se, para todos os casos, o valor crítico de $p < 0,05$ para que as diferenças fossem consideradas significativas. Nas comparações emparelhadas de testes que não apresentam análises de *post-hoc*, foram aplicadas correções de Bonferroni dividindo-se os valores de p pelo número de comparações para novo valor crítico. Por exemplo, para três comparações (p. ex., Controle x TEA; Controle x TDAH e TEA x TDAH) o novo valor crítico de p será $0,05/3 = 0,017$. Foram reportados valores de η^2 (eta parcial) para os efeitos gerais nas ANOVAS e índices d de Cohen para as comparações emparelhadas significativas. No primeiro caso, a interpretação é 0,010 para efeito pequeno, 0,06 para médio e 0,14 para efeito grande. Para o índice d , os valores pequeno, médio e grande são, respectivamente, 0,20,

0,50 e 0,80 (Cohen, 1988). Foi utilizado o SPSS 23.0 para análise dos dados.

Resultados

As estatísticas descritivas da amostra e os resultados do emparelhamento dos grupos estão na Tabela 1. As crianças cursaram da educação infantil ao 6º ano do ensino fundamental e a idade variou de 4 a 12 anos. Os grupos não se diferiram quanto à idade ($F(2,105) = 0,985, p = 0,377$) ou quanto à frequência de sexo ($\chi^2(2) = 1,303, p = 0,521$). O nível socioeconômico variou de A até D-E no grupo-controle; B2 até D no grupo TEA e de B2 até C2 no grupo TDAH. Não houve diferenças entre os grupos em termos de classificação socioeconômica ($\chi^2(12) = 10,980, p = 0,531$). No entanto, houve diferenças entre os grupos em termos das distribuições de classificação da inteligência não verbal avaliada pelo Raven ($\chi^2(6) = 24,537, p < 0,001$). Realizando-se comparações emparelhadas (com p valor corrigido para três comparações = 0,017), observou-se que as diferenças se deveram às comparações entre os grupos controle e TDAH ($\chi^2(3) = 15,766, p = 0,001$). Apesar disso, as análises estatísticas aqui reportadas não se alteraram com as diferenças na classificação da inteligência e, portanto, reportaremos os dados sem esse controle (dados sob requisição).

Os resultados da MANOVA para comparação entre os grupos das subescalas avaliadas por pais são apresentados na Tabela 2. O efeito geral é o resultado da comparação entre os três grupos em cada subescala do SDQ separadamente e ele foi significativo em todos

os casos ($p < 0,05$), com efeitos maiores nas subescalas de sintomas emocionais, problemas de conduta e comportamento pró-social (respectivamente, $\eta^2 = 0,211$, $\eta^2 = 0,230$ e $\eta^2 = 0,207$). Análises de *post-hoc* mostraram que os grupos TEA e TDAH apresentaram maiores dificuldades nas subescalas sintomas emocionais, problemas de conduta e comportamento pró-social em relação ao grupo de controle. Ademais, o grupo de controle apresentou menor escore que o grupo TDAH na subescala de hiperatividade e que o grupo TEA na subescala de problemas de relacionamento. Em nenhuma das subescalas, os grupos TDAH e TEA se diferiram.

Na Tabela 3, estão os resultados da MANOVA para a avaliação das professoras. Novamente, houve efeito geral em todas as subescalas do SDQ, exceto a subescala de problemas de relacionamento que apresentou efeito marginalmente significativo ($p = 0,051$). Efeitos maiores foram encontrados nas subescalas de sintomas emocionais, hiperatividade e comportamento pró-social (respectivamente, $\eta^2 = 0,274$, $\eta^2 = 0,241$ e $\eta^2 = 0,232$). A análise de *post-hoc* apontou que os grupos TEA e TDAH apresentaram maiores dificuldades nas subescalas hiperatividade e comportamento pró-social em relação ao grupo de controle. Na subescala Sintomas emocionais, o grupo TEA apresentou maior dificuldade, seguido pelos grupos TDAH e controle, respectivamente. Na subescala Problemas de conduta, o grupo TDAH apresentou maior escore do que o grupo de controle. Finalmente, não houve diferenças entre os grupos na subescala Problemas de relacionamento.

A Figura 1 fornece uma inspeção visual das diferenças entre os escores do grupo de controle, TDAH

Tabela 1.
Distribuição da Amostra em Termos das Variáveis de Controle do Estudo

Variáveis		Controle	TEA	TDAH	Comparação
Amostra	<i>N</i>	72	16	20	-
Idade	Média (D.P.)	7,68 (1,93)	8,38 (2,06)	7,50 (2,19)	NS
Sexo	Feminino	31,90%	18,70%	35,00%	NS
NSE	Moda	C1	C1	C1	NS
	Percentis	Número de crianças (%)			
	<5	0 (0%)	0 (0%)	4 (20%)	TDAH < Controle
Raven	5 até 25	29 (40%)	11 (69%)	5 (25%)	
	25 até 75	38 (53%)	5 (31%)	9 (45%)	
	>75	5 (7%)	0 (0%)	2 (10%)	

Nota. NS = não significativo.

Tabela 2.

Estatísticas Descritivas, Efeitos Principais e de Comparações Múltiplas (MANOVA) para as Subescalas do SDQ Preenchidas pelos Pais

Subescala	Grupo	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	Efeito entre sujeitos	Comparações múltiplas
SE	Controle	0,00	9,00	3,62	2,36	$F(2,102) = 13,630$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,211$	C < TEA ($d = 1,10$)
	TEA	2,00	9,00	6,06	2,08		C < TDAH ($d = 0,92$)
	TDAH	0,00	10,00	6,05	2,91		
HI	Controle	2,00	9,00	5,00	1,58	$F(2,102) = 5,381$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,095$	C < TDAH ($d = 0,75$)
	TEA	3,00	8,00	5,94	1,44		
	TDAH	3,00	8,00	6,11	1,37		
PC	Controle	1,00	6,00	3,01	1,42	$F(2,102) = 15,225$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,230$	C < TEA ($d = 1,08$)
	TEA	3,00	7,00	4,38	1,09		C < TDAH ($d = 0,88$)
	TDAH	0,00	7,00	4,45	1,82		
PR	Controle	2,00	9,00	5,30	1,52	$F(2,102) = 4,979$, $p = 0,009$, $\eta^2 = 0,089$	C < TEA ($d = 0,81$)
	TEA	3,00	9,00	6,50	1,46		
	TDAH	3,00	10,00	6,15	2,03		
PS	Controle	4,00	10,00	8,90	1,25	$F(2,102) = 13,286$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,207$	C > TEA ($d = -1,01$)
	TEA	1,00	10,00	6,50	3,12		C > TDAH ($d = -0,70$)
	TDAH	1,00	10,00	7,65	2,28		

Nota. SE = sintomas emocionais; HI = hiperatividade; PC = problemas de conduta; PR = problemas de relacionamento; PS = comportamento pró-social; C = controles; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TEA = transtorno do espectro autista; D. P. = desvio-padrão; η^2 = eta parcial ao quadrado; SDQ = *strengths and difficulties questionnaire*; d = tamanho de efeito de Cohen.

e TEA na visão de pais (gráfico da esquerda) e professoras (gráfico da direita). De particular interesse para a nossa análise de concordância entre os avaliadores é a dispersão dos escores dos grupos. Enquanto na visão das professoras o grupo de controle mostra-se bastante homogêneo e com baixa variação (para cima ou para baixo) dos escores, os grupos TDAH e TEA apresentaram alta variabilidade. Já entre os pais, a variabilidade de respostas é grande mesmo entre o grupo de controle. Apesar disso, parece que pais e professoras apresentam visões mais semelhantes entre os grupos para as subescalas de sintomas emocionais e comportamento pró-social (conforme demonstrado pelos resultados da MANOVA). Note que o percentil 75 do grupo de controle na subescala sintomas emocionais não se sobrepõe ao percentil 25 dos demais grupos em ambas as avaliações de pais e professoras, assim como o percentil 25 da subescala de comportamento pró-social não se sobrepõe aos percentis 75 desses grupos. Isso indica que pais e professores indicam menores sintomas emocionais e maiores comportamentos pró-sociais às crianças do grupo-controle do que do grupo clínico,

o que pode indicar uma maior concordância entre pais e professoras nessas subescalas.

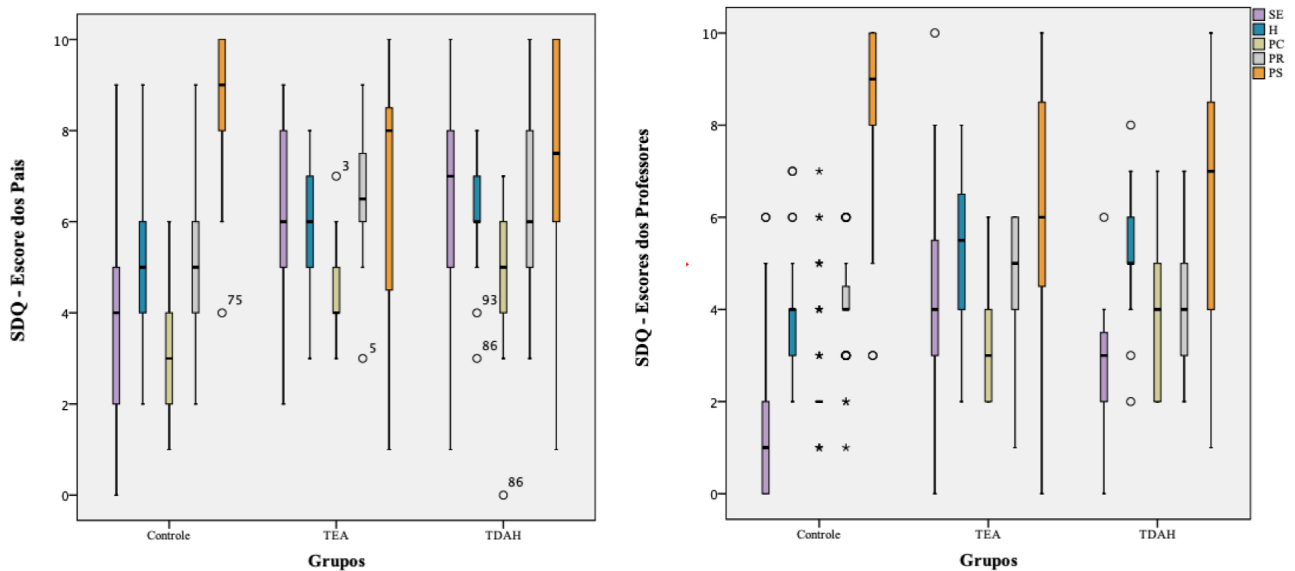
Os modelos de regressão logística (Tabelas 4 e 5) evidenciaram que apenas algumas subescalas do SDQ foram significativas para prever o grupo clínico em relação ao grupo de controle. O aumento dos escores na subescala problemas de relacionamento ou a redução no comportamento pró-social, na avaliação de pais e professoras, aumentou a probabilidade de pertencer ao grupo TEA em relação ao grupo de controle. Em ambas as avaliações, aumentos no escore da subescala de problemas de relacionamento elevaram mais de duas vezes a chance de a criança pertencer a esse grupo. Já com aumento dos escores na subescala de comportamento pró-social, houve quase a metade da chance de pertencer ao grupo TEA, e isso ocorreu de forma semelhante nas subescalas de pais e professoras (respectivamente, $\text{Exp}(\beta) = 0,467$ e $\text{Exp}(\beta) = 0,576$ para pais e professoras). Para o grupo TEA, ainda, um aumento dos escores em sintomas emocionais na avaliação das professoras aumentou a chance de pertencer ao grupo em 1,69 vezes.

Tabela 3.

Estatísticas Descritivas, Efeitos Principais e de Comparações Múltiplas (MANOVA) para as Subescalas do SDQ Preenchidas pelas Professoras

Subescala	Grupo	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	Efeito entre sujeitos	Comparações múltiplas
SE	Controle	0,00	6,00	1,49	1,61	$F(2,95) = 17,955,$ $p < 0,001, \eta^2 = 0,274$	C < TDAH ($d = 0,84$) C < TEA ($d = 1,28$) TDAH < TEA ($d = 0,73$)
	TEA	0,00	10,00	4,31	2,65		
	TDAH	0,00	6,00	2,75	1,37		
HI	Controle	2,00	7,00	3,97	0,91	$F(2,95) = 15,098,$ $p < 0,001, \eta^2 = 0,241$	C < TEA ($d = 0,96$) C < TDAH ($d = 1,15$)
	TEA	2,00	8,00	5,25	1,65		
	TDAH	2,00	8,00	5,32	1,38		
PC	Controle	0,00	7,00	2,39	1,22	$F(2,95) = 7,883, p = 0,001,$ $\eta^2 = 0,142$	C < TDAH ($d = 0,95$)
	TEA	2,00	6,00	3,19	1,28		
	TDAH	2,00	7,00	3,85	1,79		
PR	Controle	1,00	6,00	4,11	0,90	$F(2,95) = 3,073, p = 0,051,$ $\eta^2 = 0,061$	NS
	TEA	1,00	6,00	4,88	1,41		
	TDAH	2,00	7,00	4,00	1,56		
OS	Controle	3,00	10,00	8,73	1,77	$F(2,95) = 14,311,$ $p < 0,001, \eta^2 = 0,232$	C > TEA ($d = -1,09$) C > TDAH ($d = -1,11$)
	TEA	0,00	10,00	5,94	3,15		
	TDAH	1,00	10,00	6,15	2,76		

Nota. SE = sintomas emocionais; HI = hiperatividade; PC = problemas de conduta; PR = problemas de relacionamento; PS = comportamento pró-social; C = controles; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TEA = transtorno do espectro autista; D. P. = desvio-padrão; η^2 = eta parcial ao quadrado; SDQ = *strengths and difficulties questionnaire*; d = tamanho de efeito de Cohen.



Nota. SE = sintomas emocionais; H = hiperatividade; PC = problemas de conduta; PR = problemas de relacionamento; PS = comportamento pró-social; C = controles; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TEA = transtorno do espectro autista.

Figura 1. Diferenças entre os Escores do Grupo de Controle, TEA e TDAH na Avaliação de Pais e Professores

Tabela 4.
Modelo de Regressão Logística para Subescalas do SDQ Preenchidas pelos Pais

Modelo	Variável	B	E.P.	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TEA	Constante	-3,026	2,487	1,481	0,224	0,048	-	-
	SE	0,337	0,219	2,381	0,123	1,401	0,913	2,151
	HI	0,029	0,249	0,014	0,907	1,029	0,632	1,677
	PC	0,333	0,306	1,185	0,276	1,395	0,766	2,539
	PR	0,761	0,319	5,691	0,017	2,141	1,145	4,001
	PS	-0,762	0,233	10,746	0,001	0,467	0,296	0,736
TDAH	Constante	-2,640	2,315	1,300	0,254	0,071	-	-
	SE	0,240	0,149	2,597	0,107	1,272	0,949	1,703
	HI	0,077	0,236	0,106	0,744	1,080	0,680	1,717
	PC	0,515	0,241	4,546	0,033	1,673	1,042	2,686
	PR	0,273	0,207	1,735	0,188	1,314	0,875	1,971
	PS	-0,464	0,237	3,836	0,050	0,629	0,395	1,000

Nota. SE = sintomas emocionais; HI = hiperatividade; PC = problemas de conduta; PR = problemas de relacionamento; PS = comportamento pró-social; C = controles; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TEA = transtorno do espectro autista; D. P. = desvio-padrão; SDQ = *strengths and difficulties questionnaire*. Para todas as variáveis, graus de liberdade $df = 1$.

Tabela 5.
Modelo de Regressão Logística para Subescalas do SDQ Preenchidas pelas Professoras

Modelo	Variável	B	E.P.	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TEA	Constante	-2,154	2,552	0,713	0,399	0,116	-	-
	SE	0,525	0,212	6,104	0,013	1,690	1,115	2,563
	HI	0,167	0,324	0,266	0,606	1,182	0,626	2,231
	PC	-0,214	0,349	0,378	0,539	0,807	0,408	1,598
	PR	0,792	0,381	4,313	0,038	2,207	1,046	4,658
	PS	-0,551	0,217	6,458	0,011	0,576	0,377	0,882
TDAH	Constante	-2,867	2,596	1,219	0,269	0,057	-	-
	SE	0,338	0,208	2,641	0,104	1,402	0,933	2,108
	HI	0,779	0,289	7,25	0,007	2,180	1,236	3,843
	PC	0,039	0,287	0,018	0,893	1,040	0,592	1,825
	PR	0,079	0,29	0,074	0,786	1,082	0,613	1,909
	PS	-0,395	0,191	4,291	0,038	0,674	0,464	0,979

Nota. SE = sintomas emocionais; HI = hiperatividade; PC = problemas de conduta; PR = problemas de relacionamento; PS = comportamento pró-social; C = controles; TDAH = transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TEA = transtorno do espectro autista; D. P. = desvio-padrão; SDQ = *strengths and difficulties questionnaire*. Para todas as comparações, graus de liberdade $df = 1$.

Para o grupo TDAH, a subescala comportamento pró-social também foi preditora em ambas as avaliações, com redução semelhante da chance de pertencer

a esse grupo em relação ao controle (respectivamente, $\text{Exp}(\beta) = 0,629$ e $\text{Exp}(\beta) = 0,674$ para pais e professoras). Ademais, o aumento de escores em problemas

de conduta elevam em 1,6 vezes a chance de pertencer ao grupo TDAH na avaliação de pais e aumentos nos escores na subescala de hiperatividade aumentam em 2,1 vezes a chance de pertencer a esse grupo na avaliação das professoras.

Discussão

Este estudo investigou os perfis de desempenho no SDQ de amostras de crianças diagnosticadas com TEA e TDAH (sem comorbidades), em comparação com crianças sem diagnóstico, avaliados por pais e professoras. Trata-se de um dos poucos estudos que utilizou simultaneamente amostras de crianças com esses transtornos (Green et al., 2016; Russel et al., 2013; Yamawaki et al., 2020) e, até o presente, é o único estudo brasileiro com essa característica de amostra. Foi demonstrado que há uma grande sobreposição diagnóstica nas subescalas de dificuldade do SDQ entre as crianças dos grupos clínicos, indicando que o instrumento apresenta baixa especificidade para esses grupos. Apesar disso, algumas subescalas mostraram-se promissoras para a avaliação de dificuldades específicas desses grupos. Mesmo com poucos pontos de convergência entre as avaliações de pais e professoras, os resultados mostraram-se relevantes no que tange ao uso da escala para o auxílio e refinamento do diagnóstico e o rastreamento de problemas em múltiplos contextos, aspectos que serão discutidas na sequência.

As análises iniciais mostraram que o emparelhamento entre os grupos foi efetivo, sendo que os grupos não se diferiram na maioria das variáveis de controle. A exceção ficou por conta das comparações em termos de inteligência não verbal entre os grupos-controle e TDAH, diferença esta favorável ao primeiro grupo. Apesar disso, as análises gerais não sofreram alterações significativas com o controle da inteligência, optando-se aqui por reportar as análises sem o controle dessa variável (em função das análises de *post-hoc*). As diferenças que encontramos em termos de inteligência entre esses dois grupos estão de acordo com a literatura e sinalizam uma tendência de escores mais baixos entre crianças com TDAH nos testes cognitivos em relação às crianças comparáveis sem o transtorno (para uma metanálise, ver Pievsky & McGrath, 2018). É possível que os problemas atencionais das crianças com TDAH prejudique seu desempenho nos testes de inteligência (Jepsen, Fagerlund, & Mortensen, 2009). Desse modo, pode-se afirmar que os resultados reportados aqui não

se devem ao efeito das variáveis potencialmente intervenientes avaliadas.

Do ponto de vista das diferenças quantitativas entre os grupos (MANOVAS), os resultados sinalizam uma concordância com a literatura que tem reportado maiores dificuldades no SDQ de crianças com TDAH (p. ex., May, Brignell, & Williams, 2020) e crianças com TEA (p. ex., Yamawaki et al., 2020) em relação a grupos de controle. As prevalências médias obtidas para o grupo TEA na avaliação de pais foram semelhantes às obtidas em coortes da Austrália e Inglaterra, com médias um pouco maiores para SE e PC (May et al., 2020). Na mesma direção, este estudo apresentou prevalências parecidas com o estudo de Hall et al. (2019), que avaliou crianças inglesas com e sem TDAH nas subescalas do SDQ, com resultados mais parecidos nas avaliações de professoras do que a de pais.

De forma semelhante aos resultados reportados pelo estudo populacional de Russel, Rodgers e Ford (2013), na presente pesquisa houve grande sobreposição entre os grupos clínicos nas subcategorias do SDQ, com escores que claramente refletem dificuldades desses grupos em relação aos controles (Figura 1). Um contraste interessante encontrado é que, enquanto no estudo de Russel et al. (2013) os sintomas nas subescalas de hiperatividade foram altos em ambos os grupos clínicos na avaliação de pais e professores, no presente estudo apenas na avaliação das professoras mostrou-se sensível a ponto de diferenciar simultaneamente as crianças com TDAH e TEA das crianças sem diagnóstico (Tabelas 2 e 3). Na amostra, a única subescala que separou os grupos clínicos entre si foi a de sintomas emocionais na avaliação das professoras (Tabela 3). A maior variabilidade encontrada para os escores dos grupos clínicos no SDQ (tanto entre as subescalas quanto dos grupos entre si), neste e no estudo de Russel et al. (2013), pode refletir uma característica distintiva do desempenho de grupos de pacientes em tarefas cognitivas, por exemplo, as que avaliam tempo (Bluschke, Zink, Mückschel, Roessner, & Beste, 2020; Merritt et al., 2018). Apesar desses estudos focarem o contexto da avaliação neuropsicológica, futuras pesquisas podem apontar se esses resultados (i.e., variabilidade) se estendem para as escalas de avaliação dos sintomas diagnósticos.

A análise de regressão mostrou que algumas subescalas do SDQ foram relevantes para prever o grupo-clínico em relação ao grupo-controle, entretanto, pais e professores foram divergentes para essa predição. De convergências, na avaliação de pais e professores,

a subescala de comportamento pró-social foi preditora de ambos os grupos clínicos em relação ao grupo de controle, e a subescala de problemas de relacionamento foi preditora do grupo TEA. Nas outras subescalas que apresentaram poder preditivo (sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade) a avaliação de pais e professores foi divergente. Tradicionalmente, pais e professores tendem a apresentar níveis moderados de concordância em diversos tipos de escalas comportamentais, como para o diagnóstico de TDAH (p. ex., Narad et al., 2015), TEA (p. ex., Lopata et al., 2016) assim como para avaliação de sintomas no SDQ (p. ex., Español-Martín et al., 2020). Entretanto, a discordância entre avaliadores pode revelar aspectos importantes como o envolvimento parental na educação dos filhos (Levinson, Neuspier, Eisenhower, & Blacher, 2020). Por isso, é possível que o SDQ seja uma boa ferramenta para um rastreio de problemas comportamentais e de saúde mental em diferentes contextos.

Foi consenso entre pais e professores o poder preditivo da subescala PS (que avalia a socialização e a empatia da criança para com os outros) para a pertença em ambos os grupos clínicos e este resultado é condizente com a literatura que aponta que há uma tendência de crianças com TDAH e TEA de apresentarem prejuízos em aspectos da socialização (p. ex., Baribeau et al., 2015; Salley, Gabrielli, Smith, & Braun, 2015). Nesse sentido, as crianças com TDAH podem apresentar comportamentos sociais negativos relacionados com os sintomas de hiperatividade e impulsividade, como também ausência de comportamentos sociais positivos (p. ex., falta de habilidades pró-sociais), provavelmente relacionados aos sintomas de desatenção (Mikami, Miller, & Lerner, 2019). Já a manifestação dos prejuízos no comportamento pró-social de crianças com TEA são apresentados na forma da falta de comportamentos sociais positivos, por exemplo, falta de interação social (Mikami et al., 2019). Além disso, as crianças com TEA tendem a apresentar mais prejuízos nessa área do que as crianças com TDAH (Baribeau et al., 2015; Russel et al., 2013; Salley et al., 2015), visto que esses déficits são uma característica desse transtorno. Isso é corroborado com a predição por pais e professoras da subescala PR, que avalia como a criança interage com as pessoas em seu entorno, apenas do grupo TEA em relação ao grupo-controle (Tabelas 4 e 5).

Do ponto de vista das especificidades de predição, a subescala de hiperatividade, avaliada pelas professoras, e a subescala de problemas de conduta, avaliada pelos pais, foram preditoras exclusivas do

grupo TDAH. É esperado que a subescala hiperatividade seja capaz de predizer o diagnóstico de TDAH, pois avalia comportamentos de desatenção e hiperatividade que são o cerne desse transtorno. Esse fato foi evidenciado por Goodman (2001) que, em uma amostra de 10,438 crianças britânicas entre 5 e 15 anos que tinham algum diagnóstico de transtorno mental, reportou que altos escores na subescala de hiperatividade aumentavam em 32,3 (pais) e 29,1 (professores) vezes a chance de a criança ter TDAH. Outros estudos, em que o SDQ foi preenchido apenas por pais também seguiram essa direção (Algorta et al., 2016; Overgaard, Madsen, Oerbeck, Friis, & Obel, 2019). Na amostra do presente estudo, os pais foram mais sensíveis aos problemas da conduta e os professores aos sintomas de atenção/hiperatividade. Estudos mostram que os pais tendem a atribuir mais sintomas de hiperatividade do que professores (como foi o caso do presente estudo, ver médias nas Tabelas 2 e 3), o que reduz a variabilidade na escala (p. ex., Murray et al., 2007; Papageorgiou, Kalyva, Dafoulis, & Vostanis, 2008). Outra possibilidade constitui as diferenças entre pais e professores nas percepções de comportamentos apropriados conforme o nível de desenvolvimento, em vez de verdadeiras diferenças na apresentação dos sintomas em casa e na escola (Amador-Campos, Forns-Santacana, Guàrdia-Olmos, & Peró-Cabollero, 2006). Desse modo, é possível que o ambiente mais estruturado proporcionado pela escola direcione o olhar dos professores para os sintomas da atividade e da atenção, da mesma forma que o ambiente menos estruturado de casa chame a atenção dos pais para a desobediência, característica de problemas da conduta.

Finalmente, a subescala de sintomas emocionais avaliada pelas professoras foi preditora exclusiva para o grupo TEA. Alguns estudos têm demonstrado o impacto dos aspectos emocionais das crianças com TEA nos problemas comportamentais desenvolvidos por elas (Fernandez-Prieto et al., 2020; Reyes, Factor, & Scarpa, 2020). Por exemplo, Reyes et al. (2020) demonstraram que crianças com TEA apresentam menor regulação emocional e expressão de emoções e um aumento na emotividade do que crianças com desenvolvimento típico. Além disso, apontaram que uma maior regulação emocional está associada com a diminuição de problemas com colegas e aumento de comportamento pró-social, enquanto a diminuição da emotividade está associada à diminuição de problemas comportamentais e emocionais. Já Fernandez-Prieto et al. (2020) demonstram que as funções executivas,

particularmente vinculadas à regulação emocional e controle, mediaram as relações entre os problemas comportamentais e processos sensoriais nesse grupo de crianças. É necessário explorar em futuras pesquisas a maior sensibilidade das professoras aos problemas emocionais das crianças com TEA.

Conclusão

O presente estudo demonstrou que algumas subescalas do SDQ são capazes de predizer o diagnóstico de TEA e TDAH pela avaliação de pais e professoras, o que indica o potencial da escala para auxílio e refinamento do diagnóstico desses transtornos e o rastreamento de problemas em múltiplos contextos. Como forças da pesquisa, pode-se citar a composição cuidadosa da amostra – composta por crianças com diagnóstico clínico e controles da mesma sala de aula – e a avaliação realizada por múltiplos informantes (pais e professoras). O uso de amostras simultâneas de crianças com TDAH e TEA é raro na literatura, apesar da constante comorbidade apresentada entre os transtornos. Entre as limitações, destacam-se fatores intrínsecos a pesquisas de caso-controle, quais são diferentes tipos de tratamento a que as crianças podem estar submetidas (comportamentais e medicamentosas), assim como possíveis diferenças de processo diagnóstico entre as crianças do grupo clínico (apesar de todas estarem em tratamento na mesma unidade de saúde). Ademais, não há garantias de que as crianças do grupo de controle de fato apresentem nenhum diagnóstico clínico ou subclínico, tendo estas sido selecionadas pela ausência das queixas comportamentais. Finalmente, a concordância entre os avaliadores foi investigada apenas de modo indireto, sendo que o uso de técnicas mais recentes que separam traços e métodos pode ser útil para desvendar as fontes dessas diferenças (p. ex., Nussbeck, Eid, & Lischetzke, 2006). Futuras pesquisas devem explorar a capacidade de predição do SDQ em outros grupos clínicos (p. ex., transtornos de conduta) e com outros tipos de delineamentos que possam responder às diferenças de percepção de sintomas por parte de pais e professores (p.ex., longitudinais ou intervenção).

Referências

Algorta, G. P., Dodd, A. L., Stringaris, A., & Youngstrom, E. A. (2016). Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the

UK: A ROC analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(9), 949-957. doi:10.1007/s00787-015-0815-0

Amador-Campos, J. A., Forn-Santacana, M., Guàrdia-Olmos, J., & Peró-Cabollero, M. (2006). DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 23-32. doi:10.1007/s10862-006-4538-x

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). Critério de Classificação Econômica Brasil. Recuperado de <https://www.abep.org/criterio-brasil>

Antshel, K. M., Zhang-James, Y., & Faraone, S. V. (2013). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(10), 1117-1128. doi:10.1586/14737175.2013.840417

Baribeau, D. A., Doyle-Thomas, K. A. R., Dupuis, A., Iaboni, A., Crosbie, J., McGinn, H., Arnold, P. D., Brian, J., Kushki, A., Nicolson, R., Schachar, R. J., Soreni, N., Szatmari, P., & Anagnostou, E. (2015). Examining and comparing social perception abilities across childhood-onset neurodevelopmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(6), 479-486. doi:10.1016/j.jaac.2015.03.016

Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 361-368. doi:10.1097/00004583-199303000-00018

Bluschke, A., Zink, N., Mückschel, M., Roessner, V., & Beste, C. (2020). A novel approach to intra-individual performance variability in ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-020-01555-y

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates

DeMaris, A. (2012). Logistic regression: Basic foundations and new directions. In *Handbook*

- of *Psychology* (2nd ed.). John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118133880.HOP202019
- Dos Santos, R. G. H., & Celeri, E. H. R. V. (2018). Screening for mental health problems in preschoolers at primary health care settings. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(1), 82-90. doi:10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00009
- Español-Martín, G., Pagerols, M., Prat, R., Rivas, C., Sixto, L., Valero, S., Artigas, M. S., Ribasés, M., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M., & Bosch, R. (2020). Strengths and Difficulties Questionnaire: Psychometric properties and normative data for spanish 5-to 17-year-olds. *Assessment*. doi:10.1177/1073191120918929
- Fernandez-Prieto, M., Moreira, C., Cruz, S., Campos, V., Martínez-Regueiro, R., Taboada, M., Carracedo, A., & Sampaio, A. (2020). Executive functioning: A mediator between sensory processing and behaviour in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-020-04648-4
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791-799. doi:10.1017/S0021963099004096
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Green, J. L., Sciberras, E., Anderson, V., Efron, D., & Rinehart, N. (2016). Association between autism symptoms and functioning in children with ADHD. *Archives of Disease in Childhood*, 101(10), 922-928. doi:10.1136/archdischild-2015-310257
- Hall, C. L., Guo, B., Valentine, A. Z., Groom, M. J., Daley, D., Sayal, K., & Hollis, C. (2019). The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLoS one*, 14(6), e0218518. doi:10.1371/journal.pone.0218518
- Horiuchi, F., Oka, Y., Uno, H., Kawabe, K., Okada, F., Saito, I., Tanigawa, T., & Ueno, S. I. (2014). Age- and sex-related emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorders: Comparison with control children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7), 542-550. doi:10.1111/pcn.12164
- Ignachewski, C. L., Batista, A. P., Toni, C. G. de S., & Pavoski, G. T. T. (2019). Capacidades e dificuldades socioemocionais de crianças antes e após a participação no método FRIENDS. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3). doi:10.20435/pssa.v11i3.628
- Jepsen, J. R. M., Fagerlund, B., & Mortensen, E. L. (2009). Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 551-562. doi:10.1177/1087054708322996
- Levinson, S., Neuspiel, J., Eisenhower, A., & Blacher, J. (2020). Parent - teacher disagreement on ratings of behavior problems in children with ASD: Associations with parental school involvement over time. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-020-04675-1
- Lopata, C., Donnelly, J. P., Jordan, A. K., Thomeer, M. L., McDonald, C. A., & Rodgers, J. D. (2016). Brief report: Parent-teacher discrepancies on the developmental social disorders scale (BASC-2) in the assessment of high-functioning children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(9), 3183-3189. doi:10.1007/s10803-016-2851-0
- May, T., Brignell, A., & Williams, K. (2020). Autism spectrum disorder prevalence in children aged 12–13 years from the longitudinal study of Australian children. *Autism Research*, 13(5), 821-827. doi:10.1002/aur.2286
- May, F., Ford, T., Janssens, A., Newlove-Delgado, T., Emma Russell, A., Salim, J., Ukoumunne, O. C., & Hayes, R. (2020). Attainment, attendance, and school difficulties in UK primary schoolchildren with probable ADHD. *British Journal of Educational Psychology*. doi:10.1111/bjep.12375
- Merritt, V. C., Clark, A. L., Crocker, L. D., Sorg, S. F., Werhane, M. L., Bondi, M. W., Shiesher, D. M., & Delano-Wood, L. (2018). Repetitive mild traumatic brain injury in military veterans is associated with increased neuropsychological

- intra-individual variability. *Neuropsychologia*, 119, 340-348. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2018.08.026
- Mikami, A. Y., Miller, M., & Lerner, M. D. (2019). Social functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: Transdiagnostic commonalities and differences. *Clinical Psychology Review*, 68, 54-70. doi:10.1016/j.cpr.2018.12.005
- Murray, D. W., Kollins, S. H., Hardy, K. K., Abikoff, H. B., Swanson, J. M., Cunningham, Vitiello, B., Riddle, M. A., Davies, M., Greenhill, L. L., McCracken, J. T., McGough, J. J., Posner, K., Skrobala, A. M., Wigal, J., Wigal, S. B., Ghuman, J. K., & Chuang, S. Z. (2007). Parent versus teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in the preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATS). *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17(5), 605-620. doi:10.1089/cap.2007.0060
- Narad, M. E., Garner, A. A., Peugh, J. L., Tamm, L., Antonini, T. N., Kingery, K. M., Simon, J. O., & Epstein, J. N. (2015). Parent - teacher agreement on ADHD symptoms across development. *Psychological Assessment*, 27(1), 239. doi:10.1037/a0037864
- Nussbeck, F. W., Eid, M., Lischetzke, T. (2006). Analysing multitrait-multimethod data with structural equation models for ordinal variables applying the WLSMV estimator: What sample size is needed for valid results? *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 59(1), 195-213. doi:10.1348/000711005X67490
- Overgaard, K. R., Madsen, K. B., Oerbeck, B., Friis, S., & Obel, C. (2019). The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for child attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 625-633. doi:10.1007/s00787-018-1226-9
- Papageorgiou, V., Kalyva, E., Dafoulis, V., & Vostanis, P. (2008). Differences in parents' and teachers' ratings of ADHD symptoms and other mental health problems. *European Journal of Psychiatry*, 22(4), 200-210. doi:10.4321/S0213-61632008000400003
- Pievsky, M. A., & McGrath, R. E. (2018). The neurocognitive profile of attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of meta-analyses. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(2), 143-157. doi:10.1093/arclin/acx055
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2003). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Manual*. São Paulo: Pearson
- Reyes, N. M., Factor, R., & Scarpa, A. (2020). Emotion regulation, emotionality, and expression of emotions: A link between social skills, behavior, and emotion problems in children with ASD and their peers. *Research in Developmental Disabilities*, 106. doi:10.1016/j.ridd.2020.103770
- Russell, G., Rodgers, L. R., & Ford, T. (2013). The strengths and difficulties questionnaire as a predictor of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS ONE*, 8(12). doi:10.1371/journal.pone.0080247
- Salley, B., Gabrielli, J., Smith, C., & Braun, M. (2015). Do communication and social interaction skills differ across youth diagnosed with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, or dual diagnosis? *Research in Autism Spectrum Disorder*, 20, 58-66. doi:10.1016/j.rasd.2015.08.006
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: Revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629. doi:10.1590/s0103-166x2012000400016
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi:10.1016/S2215-0366(17)30167-0
- Visser, J. C., Rommelse, N. N. J., Greven, C. U., & Buitelaar, J. K. (2016). Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in early childhood: A review of unique and shared characteristics and developmental antecedents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 229-263. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.03.019
- Yamawaki, K., Ishitsuka, K., Suyama, S., Suzumura, S., Yamashita, H., & Kanba, S. (2020). Clinical characteristics of boys with comorbid autism spectrum disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics International*, 62(2), 151-157. doi:10.1111/ped.14105

Recebido em: 10/11/2020
 Reformulado em: 23/10/2021
 Aprovado em: 08/03/2022

Sobre os autores:

Sofia Lira Chiodi é Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Psicóloga formada pela Universidade Estadual de Londrina.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4284-0537>

E-mail: sofialchiodi@gmail.com

Bárbara Dias Fabre é Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Psicopedagogia formada pela Universidade Estadual de Londrina.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0160-8125>

E-mail: barbarafabre@hotmail.com

Eduardo de Souza Hashimoto é Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professor no curso de Psicologia, na Faculdade de Apucarana.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1531-9116>

E-mail: eduardo@avivatalentos.com.br

Patrícia Silva Lúcio é Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professora Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Bauru.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7125-206X>

E-mail: pslucio@gmail.com / pslucio@uel.br

Contato com os autores:

Patrícia Silva Lúcio

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina

Rodovia Celso Garcia Cid, PR445, Km380

Londrina-PR, Brasil

CEP: 86057-970