

Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – o que este nome realmente significa

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity - what this name really means

Priscila d'Albergaria de Souza Lobo¹
Vânia de Araújo Pereira²
Luiz Alberto de Mendonça Lima³

RESUMO

Objetivo: O propósito deste artigo foi identificar as dificuldades de compreensão inerentes ao termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para a língua portuguesa do Brasil, e propor algumas modificações.

Método: Pesquisa bibliográfica histórica, identificando os termos adotados na nomeação deste quadro, os referenciais teóricos utilizados e o raciocínio adotado para as suas diferentes denominações.

Resultados e Discussão: Foram identificados três aspectos que comprometem a precisão da compreensão - a utilização da palavra “déficit”, o emprego dos termos “transtorno” e “déficit” e a associação dos termos “desatenção” e “hiperatividade” na nomeação empregada para os subtipos.

Conclusão: Apresentam-se as propostas de se substituir, na denominação atualmente utilizada, a palavra “déficit” por “direcionamento” e de alterar a forma de apresentação dos subtipos, além disso, fundamenta-se esta sugestão.

Palavras-chave: Transtorno; Atenção; Hiperatividade; Transtorno da falta de atenção com hiperatividade.

¹Faculdade de Ciências da Saúde da UNB,
Brasília-DF, Brasil.
²Escola Superior de Ciências da Saúde/
Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde, Brasília-DF, Brasil.
³Universidade de Brasília, Brasília-DF,
Brasil.

Correspondência

Priscila d'Albergaria de Souza Lobo, AOS
06, bloco C, apartamento 205,
Brasília-DF, Brasil
prislobo@terra.com.br

ABSTRACT

Objective: The objective of this article was to identify the inherent difficulties of understanding the term Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Brazilian Portuguese besides proposing some modifications to it.

Method: Historical bibliography research, aiming at identifying the terms adopted in the denomination of this alteration, the theoretical

Recebido em 20/fevereiro/2008
Aprovado em 03/julho/2008

references used and the adopted reasoning for the different denominations.

Results and Discussion: We found three aspects that compromise the precision of the understanding of the term - the use of the word “deficit”, as well as the terms “disorders” and “deficit” and the association of the terms “inattention” and “hyperactivity” with the denomination used for the subtypes.

Conclusion: We propose to substitute the word Deficit for Direction, in the denomination currently used and to modify the way the subtypes are presented, providing theoretical support for these suggestions.

Key words: Attention; Disorders; Hyperactivity; Attention Deficit disorder with hyperactivity.

INTRODUÇÃO

O nome de uma doença deve refletir a concepção que se tem sobre a realidade que a identifica e os conceitos envolvidos em sua compreensão. Imprecisões na determinação do nome podem contribuir para interpretações equivocadas, que podem, por sua vez, interferir nas abordagens profissionais.

De certa forma, certo tipo de imprecisão foi observado em relação à evolução histórica da “descoberta” e da compreensão do que atualmente denominamos de **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade** (TDA/H), que é um quadro compreendido como um transtorno neuropsiquiátrico bastante comum na infância¹, cujo diagnóstico é estabelecido subjetivamente, tendo como base a presença de dificuldades sérias e persistentes nas áreas específicas cognitiva, comportamental e motora², manifestadas respectivamente pelos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Talvez seja este o motivo pelo qual, ainda hoje, existam divergências e dificuldades envolvendo a delimitação e caracterização de seu quadro clínico, de seu diagnóstico e conseqüentemente da nomenclatura utilizada.

Uma das mais antigas referências a este transtorno é atribuída a Galen, um médico da Grécia Antiga que prescrevia ópio para os sintomas de impaciência, inquietações e cólicas infantis apresentadas pelos pacientes³, mas a primeira descrição deste transtorno foi efetuada pelo Dr. Heinrich Hoffman

em 1845⁴ e, desde então, muito tem sido escrito sobre o TDA/H. A cada época as definições foram mudando, seguindo o aspecto descritivo conhecido do diagnóstico e buscando uma terminologia que descrevesse de forma mais clara e objetiva quais seriam as principais características das condições listadas.

Os estudos da hiperatividade e das alterações da atenção aparecem entrelaçados no curso da história. O conceito da hiperatividade se baseia tanto no modelo médico, quanto no modelo educacional dos distúrbios de aprendizagem, portanto a história da evolução desse conceito também não é única. Através dos tempos, a descrição e definição dos sintomas apresentados, assim como a caracterização do TDA/H, tornaram-se mais detalhados. A sua denominação tem se modificado para melhor representar ou expressar o seu significado.

O objetivo deste trabalho foi o de refletir sobre a adequação à língua portuguesa do Brasil do termo atualmente utilizado e sugerir para debate uma proposta de alteração.

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido na cidade de Brasília, fundamentado em uma pesquisa bibliográfica histórica, efetuada na literatura disponível na Internet, bibliotecas locais e acervo pessoal dos au-

tores, em que se procurou: identificar os termos adotados na nomeação deste quadro; estabelecer os referenciais teóricos utilizados e analisar o raciocínio adotado para as diferentes denominações que foram empregadas, até a atualmente utilizada, estabelecendo as dificuldades inerentes ao termo adotado.

RESULTADOS

Raciocínio adotado para as diferentes denominações do TDA/H

De acordo com a bibliografia pesquisada, o foco de interesse sobre o TDA/H desloca-se diferentemente através dos anos. Até o início do século XX, os relatos direcionam-se para sua caracterização, buscando identificar a etiologia e mecanismos envolvidos e compreender os seus sintomas. Essas definições são efetuadas sob um ponto de vista orgânico. Nesses casos, o transtorno recebe as denominações de “Defeito no Controle Moral” (1902)^{1,5} e “Síndrome da Impulsividade Orgânica” (1934)⁶.

Entre 1930 e 1960, os relatos adquirem uma característica mais funcional. Os estudiosos deste período passam a focalizar a hiperatividade dentre os sintomas e a considerar este quadro como “síndrome de conduta”. Utiliza-se um modelo médico que privilegia o quadro comportamental⁷, e este quadro passa a ser denominado de “Lesão Cerebral mínima” (LCM)^{8,9}. Como a falta de comprovação de uma lesão cerebral na maioria das crianças não dá sustentação a este nome, a síndrome passa a ser denominada de “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM)^{10,11} para caracterizar mais apropriadamente o quadro. Com a publicação do DSM II, em 1968, constata-se outra denominação “Reação Hiperkinética”, que valoriza os aspectos motores (hiperatividade) do paciente.

Após 1972, uma nova forma de conceber a questão é desencadeada pelas considerações de Virgínia Douglas¹², apresentadas à *Canadian Psychological Association*. Para a autora, os defeitos primários destas crianças seriam os déficits de atenção e do controle do impulso e não a hiperatividade.

Em 1980, a nova edição do *Manual de Diagnóstico Estatístico das Doenças Mentais* (DSM-III) adota o *modelo biomédico* como a linha de base. O foco sobre o sintoma hiperatividade é desviado para os componentes de atenção, destacando os defeitos primários destas crianças, que seriam *os déficits de*

atenção e do controle do impulso. Ao final da década de 80, os sintomas centrais não são considerados como variáveis independentes, mas fundem-se numa síndrome única, que tem como sintomas a falta de atenção e a hiperatividade-impulsividade e novamente o aspecto da hiperatividade é enfatizado. As denominações “**Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade**” (TDA/H) e “**Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade**” (TDA/SH) são então utilizadas.

Atualmente o DSM-IV-TR¹³ determina o emprego do termo “**Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**” utilizando dois grupos de sintomas de mesmo peso para o diagnóstico: desatenção e hiperatividade/impulsividade, definindo os critérios para o diagnóstico e classificação. São estabelecidos os atuais subtipos: “Predominantemente Hiperativo-Impulsivo” (TDA/H-HI), “Predominantemente Desatento” (TDA/H-D) e “Tipo Combinado” (TDA/H-C).

Dificuldades inerentes à denominação atualmente utilizada

Analisando o raciocínio adotado para as diferentes denominações daquilo que atualmente denomina-se de “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, foi possível a identificação de três aspectos que comprometem a precisão da compreensão destes termos. O primeiro está relacionado à utilização da palavra “déficit”; o segundo relaciona-se ao emprego das palavras “transtorno” e “déficit” na mesma denominação do quadro e o terceiro refere-se à associação dos termos “desatenção” e “hiperatividade” na nomeação empregada para os subtipos.

Utilização da palavra “déficit”- Essa palavra tem significados distintos e talvez isso possibilite as diferentes interpretações, que comprometem a compreensão correta do significado pretendido. Nos dicionários, a definição aparece referindo-se à soma em dinheiro, como “o que falta para completar uma quantidade necessária ou prevista” ou como “excesso de despesas sobre receitas”¹⁴. Podemos concluir que essa palavra tanto pode significar insuficiência ou carência (implicando diminuição, e ser compreendida como diminuição), como também pode significar incapacidade, dificuldade, deficiência ou incompetência e, portanto, ser inadequadamente compreendida como falha, mas não necessariamente de diminuição.

Emprego dos termos “transtorno” e “déficit” – A combinação dos termos “transtorno” (definido

como perturbação, desorganização) e “déficit” (insuficiência ou incapacidade)¹⁴ para denominar este quadro específico de desatenção, hiperatividade e impulsividade apresenta algumas peculiaridades: o aspecto referente à semelhança no sentido que estas palavras possuem. Ambas apresentam sentido de alteração, e a sua utilização no mesmo nome é aparentemente conflitante.

Associação dos termos “desatenção” e “hiperatividade” na nomeação empregada para os subtipos – Ainda existe no nome utilizado a associação da desatenção e da hiperatividade, dois transtornos distintos e independentes, que podem manifestar-se tanto individualmente como em conjunto.

DISCUSSÃO

Apesar das várias alterações na sua denominação e na forma de ser compreendido, acredita-se que os quadros de transtornos de atenção, até hoje, ainda não se encontram consensualmente especificados.

A utilização do termo “déficit” na denominação deste quadro pode direcionar o raciocínio para a compreensão do “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” como sendo um quadro que implica a diminuição ou a inadequação da atenção. Dessa forma, a “desatenção” pode ser considerada como um sintoma ou a causa do transtorno, o que pode levar a uma sutil distinção quanto a sua interpretação, permitindo que as implicações da “desatenção” sejam compreendidas de duas maneiras diferentes que podem estar corretas, ou não, dependendo se estiverem se referindo ao sintoma ou à causa do transtorno.

A utilização da palavra “déficit” com o sentido de insuficiência será correta quando se referir ao sintoma da desatenção, que está presente neste e em muitos outros quadros, mas o seu emprego será inadequado se o termo “déficit” estiver sendo empregado para caracterizar a causa do transtorno, pois o portador de TDA/H não necessariamente possui uma diminuição de atenção. A sua dificuldade está na regulação e no direcionamento do foco, ou seja, no modo como a atenção é direcionada face aos estímulos, podendo manifestar-se tanto pela pouca atenção como pelo hiperfoco nas situações de interesse¹⁵.

Utilizar a palavra “déficit” com o sentido de inadequação estará correto quando se referir à causa do transtorno. Mas o uso desse termo não estará cor-

reto quando estiver relacionado ao sintoma apresentado pelo paciente, pois nesse caso a utilização da palavra “déficit” significando deficiência será inadequada, pois este distúrbio não envolve uma falta da atenção, mas sim uma **difusão da atenção**. Os portadores de TDA/H apresentam uma dificuldade ou talvez uma incapacidade de focalizar e direcionar a atenção e podem ter problemas na eliminação dos estímulos que não são relevantes à tarefa atual, desperdiçando sua atenção em um determinado estímulo em detrimento de outro mais relevante naquele momento¹⁶.

A nomenclatura atualmente adotada “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” não deixa explícito se o foco adotado para a sua denominação se refere à causa ou ao sintoma e, por isso, é possível entender o sentido expresso como correto ou incorreto.

Outro aspecto importante é a combinação dos termos “transtorno” e “déficit” para denominar este quadro específico de desatenção. Como estes dois termos apresentam sentido de alteração, torna-se difícil identificar se expressam uma perturbação de uma incapacidade da atenção ou uma alteração de uma deficiência da atenção.

Se a tradução do termo *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, fosse “Déficit de Atenção/Desordem Hiperativa”, em vez de “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, haveria uma associação mais clara entre as dificuldades da atenção e a hiperatividade e permitiria eliminar a associação da palavra “Transtorno” à palavra “Hiperatividade”, uma vez que o termo hiperatividade já expressa um distúrbio da atividade e, por isso, a sua associação com a palavra transtorno não é adequada. Porém, atualmente utiliza-se para denominar este quadro a associação da desatenção e da hiperatividade, dois transtornos distintos e independentes, que podem manifestar-se tanto individualmente como em conjunto.

O aspecto da variação na manifestação dos sintomas pode ser o centro da questão referente à dificuldade de caracterização deste transtorno, e talvez possa justificar os diferentes caminhos adotados para a denominação do TDA/H nos últimos trinta anos. O foco de análise deste transtorno vagueou entre os sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, ora privilegiando a hiperatividade, ora associando desatenção e impulsividade à hiperatividade, ou correlacionando a desatenção com a hiperatividade/impulsividade. Isso pode ser claramente verificado na revisão bibliográfica efe-

tuada, quando se observou que, através dos anos, as modificações dos nomes aferidos a este quadro refletiam estas alternâncias, até chegar à situação peculiar e curiosa que atualmente se verifica em relação à definição dos três subtipos apresentada no DSM-IV-TR¹³: no subtipo “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado” (TDA/H-C) onde a combinação entre a ocorrência dos transtornos da atenção e a hiperatividade que já está implícita no próprio nome, é mais explicitada na sua definição; no subtipo – “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento” (TDA/H-D), em que termo “Hiperatividade” embora presente no nome, não está presente de forma intensa no quadro, ou ainda como a que se encontra no subtipo “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo” (TDA/H-HI) em que o termo “Atenção” está presente no nome, porém ele não está predominantemente presente no quadro e o termo “Hiperatividade” que já está presente no nome, o que por si só explicitaria sua ocorrência, mas, que, para determinar que nesta situação o sintoma deva estar presente, em sua denominação foram acrescentadas, em destaque, as letras HI.

Finalmente uma última observação sobre um detalhe bastante sutil, que foi percebido durante a elaboração deste trabalho. Apesar de a forma correta ser Transtorno *de* Déficit de Atenção/Hiperatividade, diversas pessoas ao falar e mesmo ao escrever utilizam inadequadamente a forma Transtorno *do* Déficit de Atenção/Hiperatividade, ocasionando uma dificuldade ainda maior na compreensão da expressão.

Proposta para alteração do nome e forma de classificação/ Justificativa

Todas as colocações sobre as dificuldades identificadas para a compreensão do “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade” e a sua denominação podem parecer uma preocupação desnecessária, porém o que se pode observar é que pessoas de diferentes áreas profissionais e que têm envolvimento com a questão manifestam dificuldades para compreender exatamente o que este termo expressa. Desde os primeiros contatos com este transtorno, tem sido o desafio destes autores buscar uma forma que ajudasse a minimizar esta questão.

Como já foi citado, o estabelecimento do nome para qualquer doença ou síndrome é uma etapa necessária, mas nem sempre simples. Sua impre-

cisão pode contribuir para interpretações equivocadas e gerar discussões e controvérsias.

Conforme foi demonstrado, o atual termo pode dar margem a algumas dificuldades de compreensão, o que para muitos pode resultar em diagnósticos imprecisos de algumas situações. Isso pode ser evidenciado ao confrontarem-se os estudos realizados em diversos países sobre a prevalência do TDA/H. São encontrados percentuais variando de 1% a 17,8% em estudos feitos com crianças na Inglaterra e na Alemanha.^{3,7,17} Os dados referentes a pesquisas nacionais assinalam uma variação de 3,3% a 8%^{17,18,19} corroborando os dados referidos no DSM-IV-TRTM que indicam uma variação média entre 3% a 5 % da população em geral¹³.

Essas variações podem ser atribuídas ao resultado das desigualdades metodológicas entre os estudos, nos seguintes aspectos: emprego de procedimentos desiguais para seleção quanto ao tipo de crianças e amostras; utilização de diferentes escalas de avaliação para a determinação da taxa de prevalência; variação na faixa etária das crianças amostradas nos vários estudos; entrevistas diagnósticas não padronizadas; delineamento dispar dos estudos; utilização de critérios diagnósticos variados e emprego de diferentes fontes de informação¹⁷. Acredita-se que todos estes aspectos constituem um problema que é agravado pela dificuldade conceitual que este transtorno ainda apresenta e, também, que a imprecisão de seu nome aumenta estas dificuldades.

A partir destas considerações colocam-se para discussão as seguintes de modificação na classificação e na denominação atualmente utilizada para este transtorno. Cada tópico receberá a devida justificativa:

- Substituição da palavra “déficit” por “direcionamento”, pois, para os autores deste estudo, a atenção é definida como um **processo cognitivo** de caráter direcional e seletivo dos processos mentais organizados, cujos distúrbios não envolvem aspectos quantitativos que implicam a falta da atenção. Mas este distúrbio envolve aspectos qualitativos que determinam dificuldades na regulação da atenção e no modo como a atenção deve ser dada simultaneamente a muitos estímulos. Dessa forma, o quadro passaria a denominar-se **Transtorno do Direcionamento da Atenção (TDA)** ou **Distúrbio no Direcionamento da Atenção (DDA)**.

- Caracterização desse transtorno pela presença de seis ou mais itens indicadores de sintomas de desatenção listados pelo DSM, que estivessem presentes por pelo menos seis meses, com ou sem a presença de um número menor do que seis itens indicadores de sintomas de Hiperatividade/impulsividade, portanto, eliminando-se o subtipo atualmente denominado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – tipo predominantemente desatento (TDAH-D).
- Quando, além dos seis ou mais sintomas de desatenção, fosse verificada a presença de seis ou mais itens indicadores de Hiperatividade/impulsividade presentes por ao menos seis meses, este quadro passaria a ser denominado de **Transtorno do Direcionamento da Atenção/Hiperatividade** (TDA-H) ou **Distúrbio no Direcionamento da Atenção/Hiperatividade** (DDA-H) substituindo a denominação do subtipo mais freqüentemente encontrado – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – tipo combinado (TDAH-C).
- O quadro do **Transtorno do Direcionamento da Atenção** (TDA) deve ter como foco principal e de maior ênfase as alterações da atenção e, portanto, a presença de seis ou mais itens listados no DSM como indicadores de desatenção seja obrigatória para caracterizá-lo. Conseqüentemente, fica excluído desta categoria o subtipo definido no DSM como TDAH-HI, que é caracterizado pela identificação de seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, presentes por pelo menos seis meses, e menos de seis ou mais sintomas de desatenção. Esta situação poderia ser denominada de **Transtorno ou Distúrbio Hiperativo**.

CONCLUSÃO

O presente trabalho apresenta uma denominação que permite particularizar cada uma das situações relacionadas ao TDA/H, atendendo à finalidade da nomeação de uma doença que é a de “refletir sobre a concepção que se tem da realidade que a identifica e dos conceitos envolvidos na sua compreensão”, mantendo as siglas TDA ou DDA que já estão consolidadas.

Apesar de ser uma pequena modificação, acredita-se que ela permitirá uma compreensão mais ampla do problema, pois tornará o nome mais significativo para todos os envolvidos com este transtorno, independentemente de serem profissionais das áreas de

educação ou de saúde, leigos ou os próprios portadores deste tipo de dificuldade. Esta compreensão poderá facilitar a identificação e o encaminhamento para o tratamento destas pessoas.

Foram encontradas na literatura pesquisada poucas reflexões sobre as dificuldades que a atual terminologia apresenta e nenhum artigo que apresentasse proposta semelhante a essa. Por este motivo, as sugestões aqui oferecidas ficaram restritas às reflexões apresentadas, não tendo sido possível a confrontação destas idéias com a de outros autores.

Espera-se que, a partir destas considerações, novas discussões sobre estes questionamentos e propostas possam estimular o debate e o estudo do tema e que o resultado destas discussões possa fazer avançar um pouco mais o esclarecimento e a compreensão das alterações da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Schwartzman, JS. Transtorno de Déficit de Atenção. S. Paulo: Ed. Mackenzie, 2001:1-115.
2. Scheuer C. Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade. In Andrade CRF, Marcondes E. Fonoaudiologia e Pediatria S.Paulo: Ed. Savier, 2003.p.89-94.
3. Goldstein S, Goldstein M. Managing Attention Disorders in Children. A guide for practioners. A Wiley-Intersciencie Publication 1990:1-210
4. Heinrich H Der Struwwelpeter The Story of Fidgety Philip 1845. Disponível em http://www.fln.vcu.edu/struwwel/philipp_e.html. Acessado em 12/03/2007
5. Fernández-Jaén, A. Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. Aspectos históricos. In: Fernández-Jaén, A; Calleja Pérez, B. et cols. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. [online]. Disponível em: <http://www.anshda.org/tdha2004.pdf>. Acessado em 10/03/2007.
6. Kahn E, Cohen L H. Organic driveness: A brain stem syndrome and an experience. New England Journal of Medicine 1934; 210: 748-56.
7. Benczik, EBP. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – Atualização Diagnóstica e Terapêutica. SP: Casa do Psicólogo, Livraria e Ed. Ltda., 2000: 1-101.

8. Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. (1947). Psychopathology and the education of the brain-injured child. New York: Grune and Stratton. Stephens, S. (Ed.). (1995). Children and the politics of culture. Princeton, NJ: Princeton University Press. Bradley C. (1937). The behavior of children receiving Benzadrine. American Journal of Psychiatry 1994, 577-585.
 9. Strauss AA, Kephart NC - Psychopathology and education of the brain-injured child, New York: Grune and Stratton.1955.
 10. Bakwin H. Delayed speech. Developmental mutism. *Pediatr Clin North Am.* 1968 Aug; 15(3):627-38. Review. PMID: 4174923 [PubMed - indexed for MEDLINE].
 11. Denhoff E, Laufer MW, Holden RH. PMID. The syndromes of cerebral dysfunction. *J Okla State Med Assoc.* 1959 Jun; 52(6):360-6. PMID: 13665421 [PubMed - OLDMEDLINE for Pre1966]
 12. Douglas, V. I. Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of the Behavioral Sciences*, 1972, 4, 259-282.
 13. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR™, trad. First MIB, Frances A, Pincus HA, 4ª edição – Texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2004.
 14. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio -2005- positivo informática.
 15. Rohde LA., Mattos P. ET col. Princípios e Práticas em TDAH, Porto Alegre: Artmed, 2003:1-237.
 16. Hoyle BD. Attention deficit hyperactivity disorder. Disponível em: http://www.answers.com/topic/attention-deficit-hyperactivity-disorder#after_ad2. Acessado em 02/11/2006.
 17. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38(6):716-22.
 18. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002: 1- 327.
 19. Holmes J, Payton A, Barrett J, Harrington R, McGuffin P, Ollier W, et al. Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J Med Genet* 2002; 114: 150-153.
-