



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Lara Cristina Antunes dos Santos

**Superdotados acompanhados em serviço especializado:
características clínicas, sociodemográficas e qualidade de
vida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre (a) em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria Cristina Pereira Lima
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Niura Aparecida de Moura Ribeiro Padula

**Botucatu
2015**

Lara Cristina Antunes dos Santos

Superdotados acompanhados em serviço
especializado: características clínicas,
sociodemográficas e qualidade de vida

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Maria Cristina Pereira Lima
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a).Niura Aparecida de Moura Ribeiro Padula

Botucatu
2015

Dedico esse trabalho aos meus pais, Antonio Carlos e Maria, que me envolveram em seu amor e no Amor de Deus, com toda a responsabilidade e liberdade que Esse Amor nos conferiu.

Aos meus filhos, Felipe e Isabela, companheiros nessa vida, pessoas lindas e dedicadas ao Bem, que me proporcionam o exercício do amor incondicional. Amo vocês, do tamanho do mundo, do fundo do meu coração, infinitamente.

Aos meus irmãos, Carla e André, e suas famílias, por tudo que passamos juntos e pelo amor que nos une.

A Dra. Niura, que sempre me acolheu como parte de sua família espiritual e me incentivou (quero dizer: “empurrou”, no bom sentido) a fazer esse mestrado, quando eu já havia desistido.

Nada do que ocorreu na minha vida e, também, na minha vida acadêmica, teria sido possível sem vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Dra. Maria Cristina Pereira Lima, que me aceitou como orientanda e percorreu comigo esse caminho, por toda ajuda e pelo compartilhamento de importantes conceitos e ideias, não somente de conteúdo científico, com afeto e pelo tempo necessário.

À Dra. Niura, por tudo. Pela sabedoria, pela serenidade, por ser tão polivalente nas relações comigo que nem sei descrever: irmã, mãe, guru, mestre, chefe, médica. Obrigada por ter desempenhado mais um papel importante na minha vida como coorientadora. E à sua família, que sempre me acolheu com carinho em todas as situações.

À neuropsicóloga Maria Dalva Lourençeti, por ter avaliado os superdotados, pelas longas conversas, pela amizade e por nunca nos ter abandonado, nesses muitos anos de ambulatório e de trabalho em equipe.

Aos meus filhos queridos. Ao Felipe, por ter primeiramente me apresentado esse mundo dos superdotados. Que tudo possa continuar sendo convertido em um bem maior. Obrigada por ser meu filho! À Isabela, que aguentou tudo comigo, inclusive os momentos longos à frente da tela do computador e os “não posso agora” que ela teve de zencarar. Obrigada por ser exatamente como você é! Esse trabalho também é de vocês.

À Dra. Andrea S. C. Monti, pela amizade, pelo incentivo sincero, pelos conselhos importantes e por estar sempre presente, nas horas boas ou ruins.

À Dra. Simone A. Capellini, pela amizade, por todo aprendizado e pelo incentivo ao envolvimento com o meio científico.

A todos os amigos e colegas de trabalho, residentes e estagiários, dentro ou fora da universidade, pela ajuda, pelo encaminamento de crianças, pelo suporte e compreensão em muitos momentos em que estive estressada ou distante, pelo companheirismo e amparo afetivo, por compartilharem quase sempre das mesmas ideias e por me ensinarem o verdadeiro sentido da transdisciplinaridade.

Aos queridos superdotados e suas famílias, que não se fecharam e permitiram a realização desse trabalho, dispondo de seu tempo e investindo em prol de um bem coletivo de forma desinteressada.

Agradeço de coração a todos que, direta ou indiretamente, seja compartilhando suas histórias ou suportando e orientando-me em todos os sentidos tornaram esse trabalho possível.

“Se você quer ir rápido, vá SOZINHO.
Mas, se você quiser ir longe, vá ACOMPANHADO”.

(Provérbio africano)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo geral caracterizar o perfil de superdotados atendidos em um serviço público especializado quanto aos aspectos clínicos e sociodemográficos, avaliando a qualidade de vida. Foram descritas as características sociodemográficas, o desempenho nos testes de inteligência, as coocorrências e os problemas emocionais/comportamentais apresentados pelos superdotados para análise das relações entre essas características e a qualidade de vida. Os superdotados com até 18 anos de idade foram selecionados do Ambulatório de Desvios da Aprendizagem da Disciplina de Neuropediatria do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu de 2008 a 2014 através do resultado de quociente de inteligência da escala Wechsler de 120 ou mais. Todos haviam sido encaminhados ao serviço por motivo de alteração do comportamento e/ou desvio da aprendizagem e não suspeitavam da superdotação anteriormente à avaliação. Foram utilizados os seguintes instrumentos: A escala Wechsler de inteligência, o protocolo sociodemográfico elaborado para este estudo, a versão brasileira do Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL) e os Questionários Pediátricos de Qualidade de Vida (PedsQL). A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa STATA 10.0. Inicialmente foi feita análise descritiva, com checagem de consistência dos dados e correções, quando necessárias. Estimativas de prevalência foram acompanhadas de intervalos de confiança de 95%, e medidas de tendência central e dispersão foram calculadas. A mediana da idade foi 10 e a média do Quociente de Inteligência Total foi de 129,59. A Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais se mostrou na faixa Clínica para 51,8% dos superdotados e 66,7% nessa mesma faixa para as Escalas de Internalização. A Dimensão Emocional da Qualidade de Vida foi a que obteve menores escores tanto nas respostas dos superdotados quanto nas dos pais. A Qualidade de Vida foi inversamente proporcional ao Quociente de Inteligência de Execução, à Organização Perceptual e à Síndrome de Ansiedade/Depressão para o subgrupo classificado como Clínico ao Inventário CBCL. Os dados encontrados sugerem que a qualidade de vida pode ser pior quanto maior o quociente obtido em determinadas habilidades específicas. É importante que os superdotados sejam identificados para que sejam acolhidos em suas necessidades especiais e possam ter o seu potencial desenvolvido.

Palavras-Chaves: Criança superdotada, transtornos do comportamento infantil, educação especial, qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study is to characterize the profile concerning social demographic and clinic aspects, and to evaluate life quality of gifted students assisted by a specialized service. The social demographic characteristics, the gifted student intelligence tests performance, their previous diagnostics/comorbidities and the behavior/emotional problems were described to analyze the relations among these characteristics and their life quality. The gifted students with 18 years old or less were selected from child neurology outpatient clinic of Learning Deviations (Learning Deviations Ambulatory) of Clinical Hospital of UNESP-Botucatu in the years 2008 to 2014 by Wechsler intelligence scales results above 120. All of them were sent to the service for behavior and/or learning problems and had no suspect of being gifted before the evaluation. The following instruments were used: Wechsler intelligence scale, social demographic protocol elaborated for this study, the Brazilian version of Child Behavior Checklist (CBCL) and of life quality questionnaires: Pediatric Life quality questionnaire (PedsQL™). The 10.0 STATA Program was used for statistical analysis. Descriptive analysis was made first, with checking of data consistency and corrections when needed. Prevalence estimative was associated of trust intervals of 95% and measures of central tendency and dispersion were calculated. The age median was 10 and the Intelligence Quotient mean 129,59. The Total Emotional/Behavior Problems and Internalization Scales were in the clinical range for respectively 51,8% and 66,7% of the gifted students. The Emotional Dimension of Life Quality showed the lower score for the gifted and their parents. Life Quality was inversely proportional to Executive Intelligence Quotient and Perceptual Organization and was also clinical range of Anxiety/Depression Syndrome from CBCL. The results suggest that life quality can be worse as specific abilities have increased quotients. The identification of gifted children is important to provide them assistance in their special needs and so their potentials can be developed.

Key-words: gifted, child behavior disorders, special education, quality of life.

ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Quadro de Problemas Emocionais e de Comportamento avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira (CBCL) --
----- 26

Ilustração 2 - Fluxograma do número de superdotados do serviço em relação à casuística desse estudo ----- 29

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	30
Tabela 2 - Motivos do encaminhamento dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	31
Tabela 3 - Perfil dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	32
Tabela 4 - Valores de QI e índices fatoriais obtidos nos testes psicológicos dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=33) -----	33
Tabela 5 - Resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos sobre o perfil dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	34
Tabela 6 - Resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos sobre os Problemas Emocionais e de Comportamento dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	36
Tabela 7 - Principais preocupações e pontos positivos relatados pelos responsáveis no Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27) -----	37
Tabela 8 - Médias das respostas ao Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico – Versão 4.0 - dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem e dos Pais por Dimensão da Qualidade de Vida (n=27) -----	37
Tabela 9 - Regressão Linear Simples para Qualidade de Vida pelo Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico (8 a 12 e 13 a 18 anos de idade) - versão 4.0 (PedsQL – TM) dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem -----	38

LISTA DE SIGLAS

ADAN Ambulatório de Desvios da Aprendizagem da Neuropediatria

AGAAHSD Associação Gaúcha de Apoio às Altas Habilidades/Superdotação

CBCL Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos

CEDEPAH Centro de Desenvolvimento, Estudos e Pesquisas sobre Altas Habilidades/Superdotação

CEDET Centro para o Desenvolvimento do Potencial e do Talento

ConBraSD Conselho Brasileiro para Superdotação

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

FADERS Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiência e de Altas Habilidades no Estado do Rio Grande do Sul

IF Índice Fatorial

Inep Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

MEC Ministério da Educação

NAAHS Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação

OMS Organização Mundial de Saúde (World Health Organization: WHO)

PAAAHSD Projeto de Atendimento a Alunos com Altas Habilidade/ Superdotação

PedsQL-TM Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico-versão 4.0

POIT Programa Objetivo de Incentivo ao Talento

QI Quociente Intelectual

QV Qualidade de Vida

SECADI Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

SEESP Secretaria de Educação Especial

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TOC Transtorno Obsessivo-Compulsivo

UNESP Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

WHOQOL- Abreviado Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Versão abreviada

WHOQOL Group World Health Organization Quality of Life Group

WHOQOL-100 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

WISC-III Escala de Inteligência Wechsler

Sumário

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
4	MÉTODO	22
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS	52
	APÊNDICES	64

1 INTRODUÇÃO

A “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” considera portadores de Altas Habilidades/ Superdotação aqueles que demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar alta criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse (BRASIL, 2007). Essa definição está em sintonia com a tendência mundial de tentar ampliar o conceito e o construto de inteligência de referência (PÉREZ, 2012).

No entanto, nem mesmo a definição de superdotação está isenta de incertezas e controversas, assim como seu diagnóstico, de forma que o processo de identificação é considerado bastante complexo e contínuo. O diagnóstico inclui várias etapas que envolvem desde a triagem com vários agentes e fontes de informação – como pais, professores, educadores, pares – até o conhecimento individualizado de cada superdotado, suas habilidades, aquisições e características pessoais, interesses e realizações, estilos de aprendizagem próprios e áreas fortes e fracas (POCINHO, 2009).

Bases orgânicas enfatizam a possibilidade de um determinante genético, uma vez que o ambiente, por si só, não parece determinar a habilidade cognitiva (THOMPSON et al., 2001). Como exemplo, através da utilização de eletroencefalograma e ressonância nuclear magnética funcional, têm sido descritas diferenças nas transmissões neurais e estruturais entre cérebros de superdotados e de indivíduos que possuem o QI na média (JIN et al., 2006; LEE, 2006). Tais achados sugerem a existência de diferenças orgânicas que dariam suporte à superdotação que, no futuro, podem vir a colaborar no diagnóstico, mas ainda não estão disponíveis para utilização. Assim, a identificação da superdotação é dependente de processo clínico.

De acordo com Vanmeerbeek et al. (2006), os superdotados representam cerca de 2% da população e, muitas vezes, não são identificados. Hollingworth (HOLLINGWORTH, 1942 apud ALENCAR, 1986) observou que, para um superdotado com Quociente Intelectual (QI) próximo de 180, a escola é considerada perda de tempo, pela discrepância entre a competência do aluno e as demandas da mesma. Observou também que esses superdotados eram torturados por problemas relativos ao significado da vida e do universo, além de apresentarem dificuldades de relacionamento, com isolamento social e atitudes negativas em relação às autoridades. Conforme ressaltado igualmente por Freeman e Guenther (2000), o primeiro problema que o superdotado enfrenta, em sala de aula, é o tempo de ociosidade, o que pode levar às distrações e suas consequências, como problemas de comportamento.

Como apresentam grande facilidade de aprendizagem que os leva a dominar rapidamente os conceitos, mas podem apresentar dificuldades de relacionamento, os superdotados são considerados trabalhosos e indisciplinados. Também, por não aceitarem a rigidez curricular nem aspectos do cotidiano escolar, chegam, muitas vezes, a abandonar o sistema educacional. Portanto, necessitam de estimulação adequada, devendo receber desafios suplementares em

classe comum ou outros espaços, enriquecimento e aprofundamento curricular, com chance de concluir em menor tempo a etapa escolar (BRASIL, 2001).

Em adição, ainda existem muitos mitos em relação aos superdotados (ALENCAR, 1986; RECH; FREITAS, 2005) como o de aprenderem de forma milagrosa e de não necessitarem de meios para seu desenvolvimento máximo, ou ainda de serem sempre bem sucedidos em situações acadêmicas ou na vida. Assim, é comum que o superdotado se acomode ao ter seu desenvolvimento bloqueado e desperdice a quase totalidade do seu tempo em recreação inconsequente (HOLETZ, 2004). Seagoe, em 1974, (SEAGOE, 1974 apud RIAGE, 2014) listou diversas características dos superdotados que poderiam levar a problemas educacionais, como, por exemplo, o poder agudo de observação, de abstração, de associação e de síntese, proporcionando oposição ao meio, defesa do próprio sistema de valores, intolerância, omissão de detalhes e não aceitação de rotinas. A dessincronização do desenvolvimento intelectual, biológico e afetivo pode também causar problemas e distúrbios de relacionamento em casa e na escola (VANMEERBEEK, 2006). Segundo Antipoff e Campos (2010), os principais mitos relacionados à superdotação supõem que a mesma seja inata ou produto do meio e que provém de classes socioeconômicas privilegiadas, que os superdotados se destacam em todas as áreas do curriculum escolar, têm sempre um QI elevado, são bem ajustados psicologicamente e tornam-se adultos proeminentes. Além desses, ainda existem as crenças de que não se deve identificar o superdotado e que este não precisa de atendimento educacional especial. Em conclusão, há necessidade da implementação de programas voltados aos superdotados a fim de atender de forma eficaz suas dificuldades educacionais, prevenindo prejuízos emocionais e comportamentais.

Os problemas comportamentais estão intimamente relacionados com os aspectos emocionais. A relação entre o aspecto emocional com o desempenho pessoal de superdotados, por sua vez, mostrou-se mediada pelo autoconceito. O desempenho pessoal esteve negativamente relacionado à ansiedade em provas, enquanto a média do desempenho da classe esteve relacionada positivamente, levando à consideração de dois efeitos: o do superdotado em classe de ensino regular, que pode possuir um autoconceito melhor e conseqüente melhor desempenho por ser comparado com não-superdotados; e o do superdotado que frequenta uma classe para superdotados, que pode possuir autoconceito também melhor por estar entre os semelhantes (“se estou nessa classe, então também sou bom”), com conseqüente melhor desempenho. Dessa forma, a melhora do autoconceito diminui a ansiedade em provas e otimiza o desempenho, independentemente do tipo de ensino em que o superdotado esteja inserido. Tanto para a detecção precoce quanto para a melhora do autoconceito é fundamental o envolvimento do professor (GOETZ et al., 2008).

Estudos nacionais têm abordado aspectos socioemocionais e familiares dos superdotados (ALENCAR, 2007; SILVA; FLEITH, 2008; CHAGAS; FLEITH, 2009), mas ainda há carência de pesquisas sobre o assunto. Chagas & Fleith (2009) chamam a atenção para o importante papel que a família pode desempenhar no estímulo de habilidades, talentos e interesses de superdotados e talentosos com situação socioeconômica menos favorecida. De acordo com Chagas (2010), os adolescentes talentosos atendidos nas áreas artística ou acadêmica possuem habilidades, preferências, características pessoais, estilos de aprendizagem, interesses e

aspectos motivacionais diferentes quando comparados entre si, sendo essas diferenças relacionadas ao tipo de talento que possuem, enquanto apresentam conjuntamente uma percepção bastante positiva de suas habilidades intra e interpessoais.

Da mesma forma que os portadores de deficiências e os autistas têm direito à educação especial, o documento “Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica” inclui os portadores de Altas Habilidades/ Superdotação (superdotados) na Educação Especial, pela mesma necessidade de serviços especializados para não permanecerem à margem do sistema educacional (BRASIL, 2001). Em novembro de 2011, o Decreto 7.611 (BRASIL, 2011) normatizou a Educação Especial para estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/ superdotação matriculados na rede pública de ensino regular. A Secretaria de Educação Especial (SEESP), então, encontrava-se vinculada à Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, ou SECADI. Uma preocupação crescente, portanto, é demonstrada entre os gestores educacionais e professores em atender aos alunos com Altas habilidades/Superdotação, apesar do aumento do número das matrículas nos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/ Superdotação ter sido da ordem de 191,31% entre 2005 e 2009 ainda ser insignificante mediante estimativas de 2,5 milhões de alunos superdotados/ portadores de altas habilidades no país (PÉREZ, 2012).

Uma vez que as políticas públicas educacionais brasileiras contemplam o escolar com Altas Habilidades/Superdotação com a educação especial, também uma maior preocupação em relação aos instrumentos utilizados para identificação dos indicadores de suas características para triagem e detecção foi gerada, no sentido de que portadores de Altas Habilidades/ Superdotação não fiquem sem assistência e nem sejam assistidos não portadores. Porém, a nossa realidade ainda requer atenção, pois a identificação do portador de altas habilidades/ superdotação é ainda quase inexistente como prática nas escolas e os professores raramente têm contato com o tema. É possível, então, que a adoção de um instrumento de indicação, como a Lista de Itens para Observação em Sala de Aula (“Lista de Guenther”) possa contribuir para tirar da invisibilidade pelo menos alguns alunos portadores (PÉREZ, 2013).

Estudos brasileiros mostram que a maioria dos professores possui um conhecimento superficial do conceito de superdotação e de seu processo de identificação, além de não contar com uma orientação específica sobre práticas educacionais compatíveis com suas necessidades (RECH; FREITAS, 2005; CHAGAS; FLEITH, 2009), sendo o superdotado, portanto, um desafio para esses profissionais (MAIA-PINTO; FLEITH, 2002).

No Brasil, o Programa Objetivo de Incentivo ao Talento (POIT), sob coordenação do Ministro da Educação da Espanha e pelo Centro Huerta Del Rey pesquisou o uso de um inventário espanhol para identificação de superdotados de 4 a 6 anos de idade aplicado em 393 crianças provenientes de três escolas particulares de São Paulo e concluiu que o mesmo não poderia ser usado sem modificações em nosso país, por prováveis diferenças culturais (CUPERTINO, 2003).

Mesmo em países em que protocolos de identificação precoce são utilizados, como os Estados Unidos, existe uma sub-representação dos superdotados latinos em comparação aos estadunidenses, mostrando que sua identificação é dependente da cultura e enfatizando a

necessidade do desenvolvimento de habilidades dos docentes de forma que sejam capazes de identificar todos os superdotados entre seus alunos (RAMOS, 2010).

No que concerne à identificação precoce da superdotação para prevenção dos problemas emocionais e comportamentais, em Portugal são realizadas etapas de sinalização seguida da avaliação multirreferencial (pais, professores e familiares), multicontextual (contexto escolar, social, familiar, e outros), com multimétodos (vários procedimentos de avaliação), multitemporal (há monitorização do diagnóstico na fase de seguimento) e multidimensional (várias habilidades abordadas: acadêmicas, intelectuais, motoras, artísticas e sociais) (POCINHO, 2009). Uma análise comparativa realizada em um estudo sobre a situação do superdotado no Brasil e em Portugal revelou que, apesar de o Brasil possuir maior e mais antiga regulamentação e apoio governamental, ambos os países se equivalem em relação à educação, formação profissional, programas de atendimento e produção científica relacionada à superdotação (FLEITH et al., 2010).

Outros autores enfatizam a necessidade de detecção precoce, inclusive diferenciando de transtornos neuropsiquiátricos, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), com o objetivo de prestar assistência especializada para o superdotado, sua família e escola, e consideram consequências da falta desta: distúrbios de comportamento, de sociabilidade, emocionais e desperdício dos potenciais existentes (DELOU, 1996; OUROFINO; FLEITH, 2005; VANMEERBEEK, 2006; ALENCAR, 2007; SILVA; FLEITH, 2008; CHAGAS; FLEITH, 2009).

Em nosso país, no entanto, os programas de assistência específica para estes estudantes, como o Conselho Brasileiro para Superdotação (ConBraSD), além dos centros de referência “Núcleos de Atividades de altas Habilidades/Superdotação (NAAHS)”, não são suficientes, mesmo contemplando quase todos os estados (Anexo 1). Centros brasileiros de atenção especializada mostram quão positivos podem ser os resultados de programas especializados voltados aos superdotados e ressaltam a necessidade da detecção precoce e ensino especializado. São eles: o Centro para o Desenvolvimento do Potencial e do Talento (CEDET) em Lavras –MG e mais quatro cidades brasileiras; o Programa Objetivo de Incentivo ao Talento (POIT), em São Paulo- SP; três centros no Rio Grande do Sul: a Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas Portadoras de Deficiência e de Altas Habilidades no Estado do Rio Grande do Sul (FADERS), o Centro de Desenvolvimento, Estudos e Pesquisas sobre Altas Habilidades/Superdotação (CEDEPAH) e a Associação Gaúcha de Apoio às Altas Habilidades/Superdotação (AGAAHSD) e o Projeto de Atendimento a Alunos com Altas Habilidades/ Superdotação (PAAAHSD), no Rio de Janeiro (CUPERTINO et al, 2006). Além de número insuficiente de serviços, há poucas pesquisas sobre os escolares que os frequentam (RECH; FREITAS, 2005).

Por outro lado, a escola inclusiva pressupõe uma mudança estrutural do sistema educacional, de forma que se trabalhe com todos os educandos sem distinção de raça, gênero ou características pessoais, com o princípio de que a adversidade não deve ser só aceita, mas também desejada. A fim de favorecer a inclusão foi construído o conceito de Educação Especial, compreendida como uma modalidade da educação escolar, um *processo educacional*

definido em uma proposta pedagógica que assegura um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais, organizados para apoiar, complementar, suplementar ou substituir, em alguns casos, os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos com necessidades educacionais especiais de forma individualizada (BRASIL, 2001).

Citando Delou (1996): “Integrar alunos portadores de altas habilidades significa oferecer igualdade de oportunidades a todos e, para prover tais oportunidades, é necessário criar ou flexibilizar práticas educativas de modo a favorecer o atendimento das necessidades especiais de cada um no nível de suas potencialidades. Ao ignorarmos a presença de alunos portadores de altas habilidades nas salas de aula, mantendo-os somente inseridos – mas não integrados nas classes regulares, estamos cometendo o mesmo erro cometido em relação aos portadores de deficiências, inseridos em uma classe regular de ensino, sem oportunidades de aprendizagem no nível de suas necessidades e potencialidades” (p. 25).

Não basta, portanto, detectar ou apenas inserir os superdotados nos serviços de ensino ou atendimentos especializados. Para que a verdadeira inclusão ocorra, é necessário que o superdotado seja reconhecido e informado sobre suas características (habilidades e dificuldades) não somente cognitivas, artísticas ou motoras, mas também emocionais e comportamentais, de forma a proporcionar oportunidades de aprendizagem específicas e adequadas em todos os sentidos.

Em relação aos problemas emocionais e comportamentais infantis, os diversos métodos que os avaliam podem ser divididos em dois tipos de avaliação: baseado em diagnóstico ou empiricamente. A avaliação empírica é baseada na experiência dos pais e possibilita o conhecimento sobre o funcionamento de crianças e adolescentes fora do contexto clínico. De acordo com este modelo, a criança atinge critérios para uma síndrome se apresentar um número de sintomas que ocorrem juntos. O sistema de avaliação empírica mais pesquisado e usado no mundo é o “Sistema Achenbach de avaliação Empiricamente Baseada (Achenbach System of Empirically Assessment- ASEBA), que consiste em um sistema composto por vários inventários que são aplicáveis a diversos indivíduos de diferentes faixas etárias e situações. O Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos - “Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)” (CBCL) é um desses sistemas (EMERICH, 2013).

Borsa et al. (2013) caracterizou, com base nos resultados obtidos com o CBCL, a clientela infanto-juvenil atendida na clínica-escola do Centro de Avaliação Psicológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAP/UFRGS) e concluiu que a CBCL é um instrumento apropriado para a triagem de casos para clínicas de atendimento psicológico e corroborou dados de pesquisas anteriores, como a de Moura (2008), mostrando maior prevalência de crianças do sexo masculino e predomínio de comportamentos externalizantes sobre internalizantes nesse tipo de clínica.

Apesar de os superdotados geralmente apresentarem problemas de comportamento e de, nos anos de 2012 a 2014, terem sido publicados mais de 50 artigos sobre a superdotação, somente um estudo utilizou o CBCL para avaliação de superdotados. Esse estudo ressaltou que o desenvolvimento afetivo relativamente imaturo dos superdotados em comparação às suas

habilidades intelectuais e a conseqüente dificuldade de relacionamento com seus pares, professores, pais e demais familiares poderia levar a vários tipos de problemas. Analisando a relação entre a autoestima – através de outro instrumento específico (EDICODE) - de 23 superdotados pareados com o grupo controle, concluiu que a autoestima dos superdotados foi significativamente mais baixa, com escores de depressão significativamente mais altos em relação ao grupo controle, contando com proporção inversa (quanto mais baixa a autoestima, mais altos os escores de depressão). A baixa autoestima – subtipos geral, acadêmica e total - foi relacionada com a depressão, hiperatividade, psicopatologia, agressividade, distúrbios de comunicação e sintomas de somatização (BÉNONY et al., 2007).

Além dos problemas comportamentais e emocionais, outro aspecto que pode sofrer impacto da superdotação é a qualidade de vida destes sujeitos. Segundo a OMS, a definição de qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos, referindo-se a indicadores subjetivos de felicidade e de satisfação (WHOQOL Group, 1998).

Na área da saúde, a medida da qualidade de vida é fundamental e requer precaução para não ser utilizada vinculada ao campo econômico somente, restringindo seu uso, ao invés de ampliar a promoção da saúde para além do senso comum, do programa ideológico e da imagem-objetivo (MINAYO et al., 2000).

Como estudos que têm por objetivo avaliar a qualidade de vida podem ajudar a compreender melhor as repercussões da condição ou doença na vida do indivíduo, bem como os componentes de saúde, um crescente interesse da comunidade científica tem ocorrido no sentido de conhecer a percepção do próprio paciente sobre sua condição e como ela interfere em sua qualidade de vida, a fim de favorecer a elaboração de propostas de intervenções mais direcionadas às expectativas do próprio paciente (MORALES; SILVA, 2010).

Em 1992, a OMS fundou o Grupo de Qualidade de Vida : The World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), que publicou o desenvolvimento do WHOQOL - 100, um inventário de qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1998). Em uma revisão sistemática publicada em 2009, Kluthcovsky e Kluthcovsky registraram que o Brasil foi o país que mais publicou sobre o uso do instrumento WHOQOL- Abreviado entre 33 países, sendo que 29,8% dos periódicos eram voltados às áreas da psiquiatria, psicologia e saúde mental, sendo esse instrumento utilizado para adultos.

Um único estudo realizado na França com 28 superdotados intelectuais com idade acima de 65 anos registrou que o índice de satisfação com a vida, comparado com pessoas da mesma idade, foi mais alto nos superdotados (BESSOL et al., 2003).

Estudos brasileiros sobre qualidade de vida em crianças geralmente investigam a qualidade de vida em portadores de doenças crônicas, como, por exemplo, o diabetes. Estudo realizado com o instrumento Questionário Genérico sobre Qualidade de Vida Pediátrica (PedsQL) demonstrou a importância da avaliação da qualidade de vida durante a monitorização de doenças crônicas, no sentido da detecção de riscos e do fornecimento de subsídios que auxiliem o profissional de saúde a conhecer os fatores que mais alteram a vida dos portadores e, assim,

possibilita o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde mais amplas e mais adequadas (LIMA et al., 2011).

Estudos com escolares brasileiros mostraram impacto negativo do TDAH na qualidade de vida (VALDÉS et al., 2010; GOULARDINS et al., 2011), mas não foram encontradas referências sobre qualidade de vida em superdotados na literatura nacional ou estrangeira.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em nossa região, nenhuma triagem específica para superdotação/altas habilidades, dislexia, transtorno de aprendizagem, dificuldade de aprendizagem ou TDAH é realizada nas escolas. Assim, foi observada uma quantidade de superdotados que foram diagnosticados no Ambulatório de Desvios da Aprendizagem da Neuropediatria da UNESP de Botucatu (ADAN) que haviam sido encaminhados por conta de alterações no comportamento e na aprendizagem, da mesma forma do que os escolares com os diagnósticos de transtorno de aprendizagem, dislexia, TDAH e dificuldade de aprendizagem, bem como outros menos encontrados naquele ambulatório, como por exemplo: portadores de epilepsia, transtornos psiquiátricos, cefaleia, encefalopatia crônica e síndromes das mais variadas, uma vez que muitos fatores e problemas neurológicos interferem com a aprendizagem, principalmente a acadêmica. A detecção dos superdotados foi possível porque um teste de inteligência (WISC) é realizado em todas as crianças avaliadas pela equipe do ambulatório.

A partir do trabalho clínico e da literatura, é possível supor que o atraso na identificação da superdotação na região -pela ausência de triagem nas escolas- faça com que esses escolares apenas sejam detectados se e quando apresentam problemas de ordem acadêmica, comportamentais e/ou de aprendizado, de forma que conhecê-los, bem como suas características, pode contribuir para sua melhor assistência e identificação mais precoce.

Este estudo se justifica, portanto, pelo propósito de compreender a situação acadêmica, emocional e social em que os superdotados atendidos se encontram, reconhecendo o motivo pelo qual foram encaminhados para um serviço transdisciplinar especializado em desvios da aprendizagem bem como visa contribuir com o fornecimento de informações que auxiliem na programação de propostas educacionais e possíveis parâmetros para detecção precoce da superdotação.

3 OBJETIVOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico, cognitivo e clínico dos superdotados atendidos em um serviço público especializado, avaliando a qualidade de vida.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado a partir da coleta de dados em prontuários e realização de entrevistas com os superdotados do ADAN. Além disso, foram aplicados: o protocolo sociodemográfico - elaborado para este estudo (Apêndice 1); o Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida (PedsQL-TM)- versão 4.0 (Anexo 2) para as crianças e respectivos responsáveis e o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)” (Anexo 3), descritos em detalhes a seguir.

Local da pesquisa e Contexto do estudo

A equipe da Neurologia Infantil da UNESP de Botucatu organizou e coordena, até o momento, 11 ambulatórios, divididos por subespecialidades: Epilepsia, Sono, Neurovascular, Autismo, Neurologia Neonatal, Neuropediatria-Geral (que compreende Neuromuscular), Cefaleia, Desvios da Aprendizagem, Encefalopatia Crônica Não Progressiva, Acolhimento e Triagem. Somados aos atendimentos de pronto-socorro e internados (UTI pediátrica e neonatal, mais a enfermaria), os atendimentos ambulatoriais totalizam, para a Neuropediatria, aproximadamente 7000 atendimentos ao ano.

O ADAN foi criado há mais de 10 anos para atender a uma demanda crescente de crianças encaminhadas por pediatras da rede, professores e procura espontânea dos pais/responsáveis com queixas relacionadas à aprendizagem e/ou comportamentos alterados em situação acadêmica. Considerando a melhor forma de prestar assistência a esses escolares, a Neurologia Infantil contou com a parceria de psicologia, fonoaudiologia, neuropsicologia, psicopedagogia e terapia ocupacional, dando seguimento ao caráter transdisciplinar do ambulatório, favorecendo diagnósticos e orientações mais adequadas aos assistidos.

Por transdisciplinar entende-se que ocorra entre os profissionais das diversas áreas uma combinação, convergência e complementaridade disciplinar que ultrapassa a dimensão do paralelismo e caracteriza-se numa abertura para um conjunto de diferentes níveis de realidade e de percepção, onde o conhecimento interessa-se pela dinâmica gerada pela ação desses vários níveis e onde ocorre harmonização entre o espaço exterior da efetividade e o interior da afetividade. O ser humano é compreendido com assimilação constante e o sujeito usa seu conhecimento para compartilhar e estar em paz, além da ausência da necessidade de eliminar contradições e da clara opção humanista, não focalizada na doença, mas na saúde. A transdisciplinaridade supõe, portanto, a integração dos saberes e pode ser considerada uma forma mais adequada de produzir saúde para os assistentes e assistidos como um todo (SEVERO; SEMINNOTTI, 2010).

Em 2010, o ADAN foi reconhecido como Centro de Referência para diagnóstico e tratamento de crianças com dislexia pelo Instituto ABCD de São Paulo. Realiza mais de 4000 atendimentos por ano, nas áreas de: neurologia infantil, psicologia, neuropsicologia, fonoaudiologia e psicopedagogia. De acordo com um protocolo de atendimento estabelecido em 2002, uma série de avaliações é realizada com todos os escolares encaminhados. Os escolares são, primeiramente, avaliados por neuropediatra, a fim de triagem prévia dos casos

em que o prejuízo do comportamento e/ou aprendizado possa ser decorrente de outras patologias neurológicas, como a epilepsia ou apneia do sono, como exemplos. A bateria de testes psicológicos faz parte do protocolo de atendimento inicial aos escolares que chegam ao serviço, conjuntamente com avaliações de profissionais das áreas de fonoaudiologia, pedagogia e, em alguns períodos, de terapia ocupacional. Em seguida às avaliações de cada profissional, os responsáveis recebem o relatório específico da avaliação realizada e após essas avaliações, toda a equipe se reúne para discussão dos casos e elaboração de um laudo/relatório final que será entregue na devolutiva com os pais.

Todo o processo diagnóstico necessita de ao menos 17 consultas por escolar, que envolve sete de oito semanas de atendimentos até a devolutiva final. Algumas vezes, o número de consultas necessárias para o diagnóstico de superdotação cai para nove, quando não há necessidade da avaliação com profissionais fonoaudiólogos, pedagogos ou terapeutas ocupacionais, por conta do desempenho nos testes psicológicos e da ausência de queixas relacionadas ao rendimento escolar ou desenvolvimento neuropsicomotor, ou seja, somente relacionadas ao comportamento. Os professores são consultados através de questionários e dos relatórios solicitados, bem como suas queixas são referidas pelos pais ou responsáveis. Nesse contexto de transdisciplinaridade ocorrem todos os diagnósticos do ambulatório e são realizados os levantamentos das informações constantes em prontuários dos escolares, assim como as entrevistas, questionários e diversas solicitações como, por exemplo, pedidos de avaliação com oftalmologistas.

Participantes

Foram selecionados 65 prontuários de escolares com superdotação atendidos pela equipe transdisciplinar do ADAN no período do primeiro semestre de 2008 ao segundo bimestre de 2014. Estes sujeitos foram contatados e convidados a participar do estudo, segundo os critérios de inclusão seguintes:

- Ter sido encaminhado para a avaliação especializada por queixa de comportamento e/ou aprendizagem no contexto do ensino fundamental ou médio;
- Ter obtido resultado Quociente Intelectual (QI) igual ou acima de 120. (WECHSLER, 2002) e idade (atual) entre 8 e 18 anos;
- Ter comparecido para responder os questionários e para a entrevista e ter assinado o Termo de Consentimento (Apêndice 2) após ter sido contatado e concordado em participar do estudo;

Procedimentos

Dos 65 superdotados, 50 foram contatados e 33 responderam, sendo que 6 apresentavam 19 anos ou mais. A partir da seleção dos então 27 superdotados foi realizado contato com os respectivos responsáveis para explicação do estudo e convite. Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento, foi realizado o levantamento dos dados referentes às seguintes variáveis sociodemográficas: sexo; cor; idade da avaliação; idade atual; ano de nascimento; procedência; presença ou ausência de neuropediatra em serviço público na cidade de origem do superdotado; quem respondeu à entrevista e queixas que motivaram o encaminhamento:

agitação, alteração de comportamento, dificuldade de relacionamento, intolerância às regras, impulsividade, sofrimento emocional; nível acadêmico do superdotado; religião; tipo de casa e de construção da casa; número de cômodos; número de pessoas que residem na casa; número de irmãos; ocupação do pai e da mãe; saúde e idade do pai e da mãe; renda familiar; situação dos pais; instrução dos pais; coocorrências: TDAH, uso de óculos, cefaleia, distúrbios do sono e outras; se o superdotado trabalha; problemas escolares referidos: em relação ao convívio social, dificuldade de seguir regras e prejuízo acadêmico; se tem bom conhecimento ou boas notas; histórico escolar: ano escolar; tipo de escola/faculdade - se pública ou particular; número de instrumentos, artes, línguas ou outras atividades extracurriculares. Essas informações, bem como o levantamento dos resultados das avaliações neurológica e psicológica que caracterizam o diagnóstico de superdotação foram descritas no protocolo sociodemográfico, de forma que as informações que não constavam no prontuário foram complementadas à entrevista. Nesta ficha constaram também as informações extraídas dos resultados da aplicação dos seguintes procedimentos:

Avaliação Neurológica Infantil:

Composta por anamnese e exame neurológico para detectar, através das queixas, possíveis alterações neurológicas, além de programar a realização, quando necessário, de avaliações como visual, auditiva, ou de outros exames ou avaliações complementares (por exemplo: avaliação endocrinológica se há alteração de exame de função tireoidiana mediante queixas sugestivas). Essas informações, bem como relacionadas às coocorrências, foram extraídas do prontuário.

Aplicação de teste de inteligência:

Escala de Inteligência Wechsler (WISC – III): É um instrumento clínico de aplicação individual, utilizado para indivíduos de seis a 15 anos de idade, cujo objetivo é medir quantitativamente o nível cognitivo geral, através de operações mentais como associações, deduções e tipo de raciocínio, entre outros. Constituído de duas escalas: Verbal, composta de cinco subtestes: informação, compreensão, semelhanças, aritmética e dígito; Execução, também composta de cinco subtestes: completar figuras, arranjo de figuras, armar objetos, cubos e códigos. O resultado é dado em termos de Quociente de Inteligência (QI), indicando e quantificando quanto o sujeito se desvia da média do seu grupo etário. (WECHSLER, 2002).

A partir destes testes aplicados por neuropsicólogo do ambulatório de Desvios da Aprendizagem foram obtidos resultados referentes ao quociente de inteligência (QI): QI total, usado como critério de inclusão, QI verbal e de execução; e os índices fatoriais: compreensão verbal, organização perceptual, memória operacional (ou resistência à distração) e velocidade de processamento.

Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)”:

Os pais/responsáveis pelos escolares com as idades de seis até 18 anos responderam o Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira

do “Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)” (CBCL). Desenvolvida em 1978 por Achenbach, trata-se de um questionário autoaplicável para os pais ou responsáveis. Seus resultados proporcionam uma descrição padronizada dos problemas emocionais e/ou comportamentais referidos pelos cuidadores em relação às queixas comuns dos pais/cuidadores de crianças da mesma idade. Bordin e colaboradores (2013) revisaram o desenvolvimento da validação das escalas do ASEBA para o Brasil. O questionário padronizado CBCL avalia e rastreia problemas de comportamento e competência social e contém 133 questões cujas respostas foram processadas individualmente. As questões podem ser divididas em: relacionadas ao desenvolvimento adaptativo (20 questões) e avaliação comportamental/emocional da criança ou adolescente (113 questões). Os resultados fornecidos pela avaliação comportamental e emocional, baseados nas percepções -obtidos através das respostas- dos responsáveis, são classificados em Clínico, Normal ou Limítrofe nas escalas sociais e comportamentais através do escore padronizado com o mesmo significado para cada escala, chamado escore T. Para Competência Social, a criança com escore T maior que 70 para as somas das escalas está dentro da categoria não clínica ou Normal, entre 67 e 70 na Limítrofe (94 a 97) e menor que 67 na faixa Clínica. Para a mesma competência, as escalas individuais conferem: T maior que 33 dentro da faixa Normal, entre 30 e 33 na faixa Limítrofe e menor do que 30 na faixa Clínica. Para os Problemas de Comportamento, somas de escalas, menor que 60 significa que se encontra na faixa Normal, entre 60 e 63 na faixa Limítrofe e acima de 63 na faixa Clínica. Para os Problemas de comportamento, escalas individuais, acima de 40 encontra-se dentro da faixa normal, entre 37 e 40 na faixa limítrofe e menor que 37 na faixa Clínica (BORDIN, 1995). Quando na faixa Clínica, é sugerida a investigação mais aprofundada e direcionada para os problemas emocionais/comportamentais.

O CBCL permite a Identificação dos Problemas Totais de Comportamento, Problemas Externalizantes - expressos no ambiente, como exemplo o comportamento Agressivo-, Problemas Internalizantes - interiorizados pelas crianças, como Ansiedade/Depressão. Também permite a interpretação das síndromes que compõem esses problemas, os relacionados ao sono e das categorias diagnósticas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Portanto, seus resultados são divididos em: Competências em Atividades, Competência Social, em Desempenho Escolar e Escala Total de Competências - baseadas nas 20 questões relacionadas ao desenvolvimento adaptativo; Síndromes (113 itens divididos em escalas de síndromes): Ansiedade/Depressão, Depressão/Retraimento, Queixas Somáticas (essas três primeiras somadas resultam na Escala de Internalização), Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de regras e Comportamento Agressivo (essas duas últimas somadas resultam na Escala de Externalização); Orientadas pelo DSM, incluídas em 2001: Problemas afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta; Outras escalas, incluídas em 2007: Ritmo ou Tempo Cognitivo Lento, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Estresse Pós-Traumático; além das Escalas Globais: Escala de Internalização, Escala de Externalização, e Escala Total de Problemas Emocionais/ Comportamentais, obtida pela soma de todos os problemas de comportamento. Quando na faixa Limítrofe o aspecto emocional/comportamental requer atenção, investigação adequada e monitoramento. (EMERICH, 2013). O questionário do desenvolvimento adaptativo

também oferece a oportunidade de descrição das preocupações do responsável em relação ao escolar, além dos pontos positivos que percebe no comportamento de seu filho, que foram categorizados em preocupações e aspectos positivos do comportamento em casa, das características emocionais e dos aspectos acadêmicos. O tempo de aplicação foi de 30 a 50 minutos. O quadro 1 mostra as avaliações de problemas emocionais e de comportamento do CBCL.

Ilustração 1 – Quadro dos Problemas Emocionais e de comportamento avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira (CBCL)

ESCALAS:
Competências:
Em Atividades
Social
Escolar
Escala Total de Competências
Síndromes:
Ansiedade/ Depressão
Depressão/ Retraimento
Queixas Somáticas
Problemas de Sociabilidade
Problemas com o Pensamento
Problemas de Atenção
Violação de Regras
Comportamento Agressivo
Orientadas pelo DSM (2001):
Problemas Afetivos
Problemas de Ansiedade
Problemas Somáticos
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade
Problemas de Oposição e Desafio
Problemas de Conduta
Outras Escalas (2007):
Tempo Cognitivo Lento
Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Estresse Pós-Traumático
Globais:
Escala de Internalização
Escala de Externalização
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais

Baseado em Emerich, 2013

Questionários de Qualidade de Vida Pediátrico:

Os Questionários de Qualidade de Vida Pediátrico (8 a 12 e 13 a 18 anos de idade): PedsQL-TM- versão 4.0 (PedsQL – TM) foram desenvolvidos para aferição da qualidade de vida da população pediátrica de forma modular e integram os méritos relativos das abordagens

genéricas e daquelas concentradas em doenças específicas. Tratam-se de instrumentos viáveis, confiáveis e válidos para pacientes pediátricos com distúrbios de saúde crônicos e para populações escolares e comunitárias saudáveis, tendo sido validado em diversos países, como Austrália e Alemanha, incluindo o Brasil (KLATCHOIAN et al., 2008). Cada versão compreende 23 itens relacionados/divididos em quatro dimensões: Capacidade Física- 8 itens, Aspecto Emocional- 5 itens, Social- 5 itens e Escolar- 5 itens. Para o Sumário Psicossocial são considerados os 15 itens das dimensões Emocional, Social e Escolar. Essas versões foram desenvolvidas a partir de grupos de discussão, entrevistas cognitivas, pré-testes e protocolos de desenvolvimento de mensuração de teste de campo. Para cada faixa de idade são aplicados dois questionários análogos: um que a criança/adolescente responde e outro que os pais/responsáveis respondem sobre a criança. Este instrumento permite a comparação e análise estatística entre suas versões. O questionário genérico PedsQL-TM 4.0 é composto, portanto, de formulários paralelos de auto avaliação das crianças e questionários para os pais, que avaliam a percepção parental da qualidade de vida da criança ou adolescente. Os itens para cada um dos formulários são essencialmente similares, e diferem apenas em termos de linguagem adequada ao nível de desenvolvimento e do uso da primeira ou terceira pessoa. Questiona-se quanto cada item foi um problema durante o último mês, e os respondentes utilizam uma escala de respostas de cinco níveis, onde: 0 = nunca é um problema; 1 = quase nunca é um problema; 2 = algumas vezes e um problema; 3 = frequentemente é um problema e 4 = quase sempre é um problema. Para a análise são atribuídos valores (0= 100; 1= 75; 2=50; 3= 25 e 4= 0) para cada resposta e realizada a média simples de cada dimensão e cada item, produzindo um score para cada uma das dimensões, e para a dimensão psicossocial separadamente, além do total de qualidade de vida (KLATCHOIAN et al., 2008).

A autorização para o uso foi concedida pelo instituto francês Mapi Research Institute. O tempo de aplicação para cada uma das versões foi de cerca de 10 minutos.

Análise Estatística

Após a extração das informações dos prontuários e aplicação dos questionários, os dados foram digitados em planilha eletrônica. A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa STATA 10.0 (STATACORP, 2003). Inicialmente foi feita análise descritiva, com checagem de consistência dos dados e correções, quando necessárias. Estimativas de prevalência e medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas foram calculadas. A qualidade de vida segundo a PedsQL foi considerada a variável dependente. Sua associação com variáveis explicativas foi examinada a partir de regressão linear simples, tendo em vista que foi incluída nas análises como variável contínua. Adotou-se esta estratégia em função do pequeno número de sujeitos que poderia comprometer o poder estatístico, caso fosse tratada como variável categórica. Outro aspecto que levou a esta escolha foi a inexistência de um ponto de corte que estabelece a qualidade de vida satisfatória e insatisfatória. Foi adotado o nível de significância estatístico de $p \leq 0,05$, para rejeição da hipótese de nulidade.

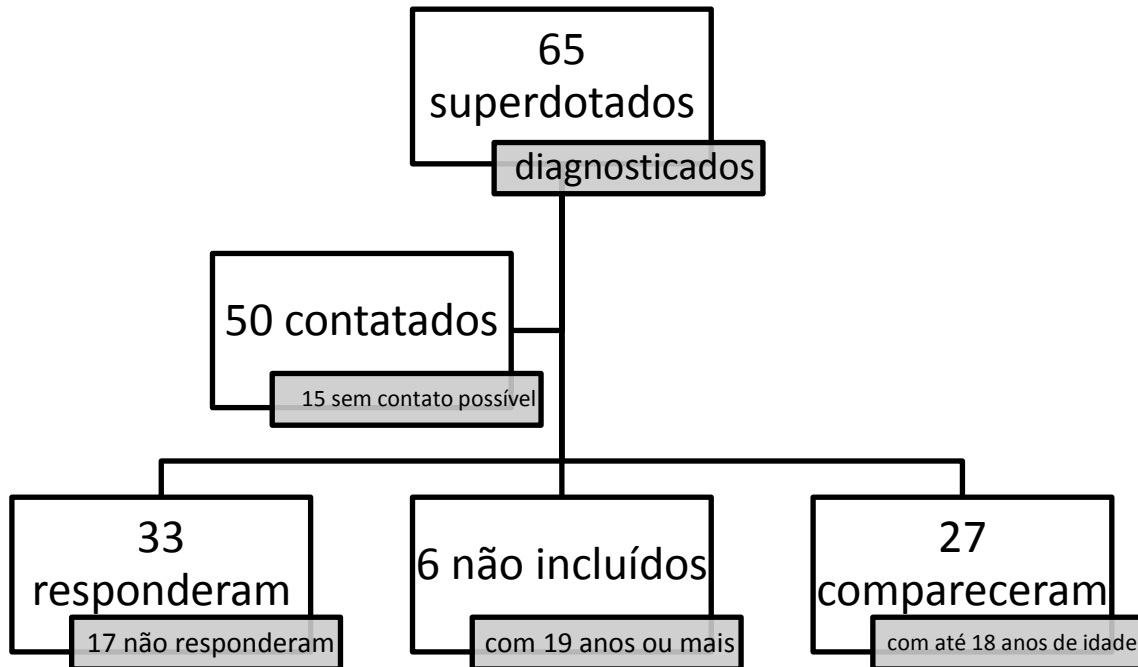
Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu em reunião de 05/11/2012, sob o protocolo CEP 4416-2012 (Anexo 4), sendo que a coleta das informações do banco de dados do Ambulatório de Desvios da Aprendizagem da Disciplina de Neurologia Infantil do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu, as entrevistas e a aplicação dos questionários somente tiveram início após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

Características da casuística

Ilustração 2: Fluxograma do número de superdotados do serviço em relação à casuística desse estudo.



Desde sua implantação em 2002, foram diagnosticados 65 superdotados no ambulatório de Desvios da Aprendizagem da Neuropediatria da UNESP de Botucatu (ADAN). Destes, 50 foram contatados e 27 com idade de até 18 anos responderam, comparecendo para participar do estudo, conforme a Ilustração 2.

Observa-se na tabela 1 que prevaleceram sujeitos do sexo masculino (85,2%), brancos (96,3%), católicos (37,1%) e evangélicos (33,3%). A mediana da idade foi 10, com variação de sete a 18 anos, tendo média de 11,5 ($\pm 6,5$). Os sujeitos eram procedentes da região, distando, no máximo, 163 km de Botucatu. A maioria dos questionários foi respondida pela mãe biológica (88,9%), a maior parte dos superdotados morava em casa própria (85,2%), de alvenaria (100,0%), com mais de cinco cômodos (63,0%), sendo que mais de quatro pessoas moravam na casa (74,1%). A maioria possuía um irmão (51,8%), pai (88,9%) e mãe (96,3%) com até 50 anos de idade, que estavam juntos (88,9%) e que estudaram até ensino médio completo ou mais (84,0% dos pais e 90,9% das mães). A maior parte dos superdotados encontrava-se no ensino fundamental (63,0%), mas nenhum em ensino inclusivo ou aceleração.

Em relação à ocupação do pai, cinco referiram profissões de nível superior (professor, psicólogo, médico, fisioterapeuta, advogado), correspondendo a 18,5% das famílias estudadas, sendo 48,1% de nível técnico (técnico agrícola, representante de laboratório, motorista, barbeiro, bancário, vendedor, oficial do fórum, costureiro) e 7,4% aposentados, além de 25,9% empresários/ comerciantes. Em relação à ocupação da mãe, sete referiram profissões de nível

superior, correspondendo a 25,9% das famílias estudadas, sendo 33,3% de nível técnico e 3,7% aposentadas, 11,1% empresárias/ comerciantes e 3,7% estudante, além de 22,2% do lar.

No que diz respeito à renda familiar, em salários mínimos, observa-se mediana de sete salários mínimos, variando de 1 a 41 salários mínimos por mês, sendo que um sujeito não respondeu a essa pergunta.

O nível de instrução em que o superdotado se encontrava mostrou: estudante do ensino fundamental: 17 (63%), do ensino médio: 9 (33,3%), faculdade: 1 (3,7%). Dezoito superdotados (66,7%) referiram estudar ou ter estudado a maior parte do tempo em escola particular, enquanto nove (33,3%) referiram escola pública. A tabela 1 mostra a distribuição dos superdotados acompanhados no ADAN de acordo com características sociodemográficas.

Tabela 1 - Distribuição de superdotados acompanhados em ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

Variável		Número	Porcentagem
Sexo	Masculino	23	85,2
	Feminino	4	14,8
Cor	Branco	26	96,3
	Não branco	1	3,7
Religião¹	Católico	10	37,1
	Evangélico	9	33,3
	Espírita	4	14,8
	Outras	4	14,8
Quem respondeu ao estudo	Mãe biológica ¹	24	88,9
	Mãe/Pai adotivo/padrasto	3	11,1
Casa	Própria	23	85,2
	Outra	4	14,8
Número de cômodos	Até 5 cômodos	10	37,0
	Mais de 5	17	63,0
Número de pessoas na casa	Três pessoas	7	25,4
	Quatro ou mais	20	74,1
Número de irmãos do superdotado	Nenhum	5	18,5
	Um	14	51,8
	2 ou mais	8	29,7
Situação dos pais	Juntos	24	88,9
	Separados	3	11,1
Instrução do pai²	Médio completo ou mais	21	84,0
	Até Médio incompleto	4	16,0
Instrução da mãe³	Médio completo ou mais	20	90,9
	Até Médio incompleto	2	9,1
Instrução do superdotado	Ensino Fundamental	17	63,0
	Ensino Médio	9	33,3
	Ensino Superior ou mais	1	3,7

¹Nenhum pai biológico respondeu ao questionário. ²Sem resposta para 2 sujeitos. ³Sem resposta para 5 sujeitos.

A Tabela 2 mostra as queixas que motivaram o encaminhamento dos superdotados que participaram desse estudo. Queixas relacionadas à desatenção e agitação foram referidas por 55,6% dos pais/responsáveis como motivos para a procura de assistência especializada. Alteração do comportamento foi referida por 66,7%, e 44,4% referiram dificuldade de relacionamento, 22,2% intolerância às regras, 25,9% queixas de impulsividade, 33,3% de sofrimento emocional (referido como, por exemplo: “chora muito”) e 29,6% de dificuldades escolares, mesmo que 63,0% (17 pais) dos pais tenham referido que o superdotado tenha conhecimento do mesmo nível ou além do conteúdo ensinado. Cada responsável pôde referir mais de uma queixa que motivou o encaminhamento, o mesmo para as queixas dos professores referidas pelos pais.

Em relação aos diagnósticos prévios que esses escolares receberam antes do encaminhamento ao Ambulatório, 16 receberam de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (59,3 %), três usavam óculos por conta de erro de refração (11,1%), cinco apresentavam cefaleia (18,5%), dois apresentaram distúrbio do sono (7,4%) e outras coocorrências (alergias, problemas ortopédicos, depressão/ ansiedade/ estresse, tiques, epilepsia e sobrepeso) foram também referidas. Ressalta-se que era possível que houvesse mais de um diagnóstico para cada paciente e que dois superdotados foram diagnosticados como disléxicos.

Tabela 2 - Motivos do encaminhamento* dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

Motivo do Encaminhamento- Queixas	N	%
Desatenção	15	55,6
Agitação	15	55,6
Alteração do comportamento	18	66,7
Dificuldade de relacionamento	12	44,4
Intolerância às regras	6	22,2
Impulsividade	7	25,9
Sufrimento emocional	9	33,3
Dificuldades escolares	8	29,6
Problemas na escola - convívio social	14	51,8
-Relativos à dificuldade de seguir regras/tarefas	15	55,6
-Relativos aos problemas de comportamento	19	70,4
- Relativos ao prejuízo acadêmico	7	25,9

*Como era possível mais de uma resposta, os percentuais não somam 100%

A Tabela 3 mostra o perfil dos superdotados e de sua adaptação e desempenho escolar, além das percepções dos responsáveis sobre esses temas. Dos superdotados estudados, 66,7% não tocavam nenhum instrumento musical e 55,6% não realizavam nenhuma atividade artística (como desenho, por exemplo), 66,7% praticavam dois ou mais esportes e 59,3% estudavam uma língua estrangeira, além de 63% compreendiam a si mesmos como totalmente adaptados à vida escolar, bem como 66,7% dos pais os viam assim. Também em relação aos escolares, 18,5% já pensaram e ainda pensavam em abandonar ou mudar de escola, 15,4% já haviam sido suspensos temporariamente das aulas e 7,7% sido expulsos da escola ou convidados a sair. Por

vontade própria ou dos pais, 29,6% mudaram uma vez de escola e 14,8% duas vezes ou mais. Dos superdotados, 20% avaliavam o próprio desempenho acadêmico como regular, 40% como bom, 36% como ótimo e nenhum superdotado como péssimo, mas 4,0% (um superdotado) como insuficiente.

Tabela 3 - Perfil dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

Variável		n	%
Número de instrumentos musicais	Nenhum	18	66,7
	1	5	18,5
	2 ou mais	4	14,8
Atividades Artísticas	Não Prática	15	55,6
	Prática	12	44,4
Número de esportes que pratica	Nenhum	2	7,4
	1	7	25,9
	2 ou mais	18	66,7
Número de línguas que estuda	Nenhuma	8	29,6
	1	16	59,3
	2 ou mais	3	11,1
Na escola, o superdotado se vê como:	Totalmente adaptado	17	63,0
	Parcialmente adaptado	10	37,0
Como os pais os veem na escola:	Totalmente adaptado	18	66,7
	Parcialmente adaptado	5	18,7
	Não está adaptado	4	14,6
Sobre abandonar a escola:	Não pensa e nunca pensou	17	63,0
	Pensou e ainda pensa	5	18,5
	Sim, mas não pensa mais	5	18,5
Foi suspenso de aulas¹	Não, nunca	22	84,6
	Sim	4	15,4
Foi expulso/convidado a sair da escola¹	Não, nunca	24	92,3
	Sim	2	7,7
Veze em que mudou de escola	Nenhuma	15	55,6
	Uma vez	8	29,6
	Duas vezes ou mais	4	14,8
Como avalia o próprio desempenho escolar²	Insuficiente	1	4,0
	Regular	5	20,0
	Bom	10	40,0
	Ótimo	9	36,0

¹Sem resposta de 1 sujeito. ²Sem resposta de dois sujeitos.

Os resultados dos testes de inteligência mostraram que o menor valor para o Quociente de Inteligência (QI) Total (QIT) obtido foi de 121 e o maior 146, com média de 129,59 e desvio-padrão de $\pm 5,93$. Para o QI Verbal o menor valor obtido foi 115 e o maior 145, com média de 128,74 e desvio-padrão de $\pm 8,42$. Para o QI de Execução a média foi de 126,77, sendo o menor valor 104 e o maior 146, com desvio padrão de $\pm 10,40$. A Tabela 4 mostra esses resultados obtidos, bem como os dos índices fatoriais (IF).

Tabela 4 - Valores de QI e índices fatoriais obtidos nos testes psicológicos dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

QI / Índices Fatoriais	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio Padrão
QI Total	121	146	129,59	5,93
QI Verbal	115	145	128,74	8,42
QI Execução	104	146	126,77	10,40
Índices fatoriais:				
Compreensão verbal	111	143	128,77	9,41
Organização Perceptual	98	150	124,03	11,77
Resistência à distração	87	157	116,22	15,22
Velocidade de Processamento	85	148	118,44	13,72

Resultados da CBCL

Os resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos - versão brasileira do “Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)” permitem identificar as atividades que a criança realiza, referidas pelos pais/responsáveis. Na Tabela 5, observa-se que, dos 27 superdotados, 51,9% realizavam três esportes ou mais, 74,1% possuíam três hobbies ou mais e 40,8% participavam de duas ou mais organizações sociais, times ou clubes. Já 63,0% não eram cobrados por nenhuma tarefa/obrigação em casa, como arrumar a própria cama, por exemplo, 59,3% possuíam dois ou mais amigos e 59,3% se encontravam com esses amigos fora do período escolar pelo menos uma vez por semana. Sobre o desempenho em matérias escolares, 37,1% apresentavam desempenho melhor do que a média dos outros escolares em português e história/ estudos sociais. Em ciências e matemática, 44,5% possuíam melhor rendimento.

Tabela 5 - Resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos sobre o perfil dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

Variável		Número	Percentual
Número de esportes	Nenhum	1	3,7
	1	5	18,5
	2	7	25,9
	3 ou mais	14	51,9
Número de Hobbies	2	7	25,9
	3 ou mais	20	74,1
Número de organizações sociais	Nenhuma	8	29,6
	1	8	29,6
	2 ou mais	11	40,8
Número de Tarefas/Obrigações que realiza (em casa)	Nenhuma	17	63,0
	1	4	14,8
	2	2	7,4
	3	4	14,8
Número de amigos	Nenhum	5	18,5
	1	6	22,2
	2 ou mais	16	59,3
Número de vezes em que vê amigos por semana	Menos de 1	11	40,7
	1 ou 2	10	37,1
	3 ou mais	6	22,2
Desempenho Superdotado X Classe: -em Português	Abaixo da média/ pior	8	29,6
	Igual	9	33,3
	Melhor	10	37,1
-em História/ Estudos Sociais	Abaixo da média/ pior	4	14,8
	Igual	13	48,1
	Melhor	10	37,1
-em Matemática	Abaixo da média/ pior	6	22,2
	Igual	9	33,3
	Melhor	12	44,5
-em Ciências	Abaixo da média/ pior	2	7,4
	Igual	13	48,1
	Melhor	12	44,5

Em relação às Competências, a Tabela 6 mostra que, segundo a percepção dos pais/responsáveis, 51,9% encontravam-se na faixa Clínica em relação à Escala Total de Competências, 11,1% para Competência em Atividades, 18,5% para a Competência Social e 11,1% para Escolar, o que significa que 18,5% dos pais percebiam esses escolares como menos competentes socialmente.

Para os problemas relatados pelos pais/responsáveis, a escala aponta que, de acordo com a visão dos mesmos, 44,4% apresentavam queixas de Ansiedade/Depressão na Faixa Clínica; 37,1% de Depressão/Retraimento, 14,8% de Queixas Somáticas e problemas de Sociabilidade, sendo que esse quesito apresentou o maior percentual de escolares na faixa Limítrofe: 33,3%.

Para problemas com o Pensamento, 22,2% apresentavam-se na faixa Clínica, 18,5% para problemas de Atenção, 11,1% de violação de regras e 18,5% de Comportamento Agressivo.

Sobre as síndromes baseadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e Outras Escalas, 44,4% deveriam ser investigados em relação à possibilidade de Problemas Afetivos e Ansiedade, 14,8% para queixas somáticas, 22,2% para Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade, 18,5% para Problemas de Oposição e Desafio, 7,4% para Problemas de Conduta, 11,1% para Ritmo Cognitivo Lento, 22,2% para Transtorno Obsessivo-Compulsivo e 40,7% para Estresse Pós- Traumático.

Em relação às Escalas de Internalização, 66,7% apresentavam-se na Faixa Clínica, contra 37,1% das Escalas de Externalização, enquanto a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais se mostrava na faixa clínica para 51,8% dos escolares.

Ao responder o CBCL, os pais/responsáveis foram questionados sobre suas preocupações e sobre os pontos positivos dos filhos, com a possibilidade de responder com mais de um item por filho. Preocupações de ordem acadêmica com os escolares foram referidas por 37% dos pais, a mesma porcentagem para preocupações com sofrimento emocional e comportamento ruim. Já 44% expressavam preocupações com os relacionamentos dos filhos fora de casa. Sobre os pontos positivos relatados pelos pais/responsáveis, 92% apontavam aspectos positivos dos relacionamentos com as pessoas da casa - como amorosos, carinhosos, 74% os aspectos acadêmicos e 22% os aspectos emocionais. A tabela 7 evidencia as preocupações relatadas pelos responsáveis durante o CBCL e os pontos positivos que percebiam nos superdotados. Preocupações de ordem acadêmica foram relatadas por 63% dos responsáveis, o mesmo para preocupações quanto ao mau comportamento e sofrimento emocional; enquanto 77,8 % dos responsáveis percebiam pontos positivos no aspecto emocional.

Tabela 6 - Resultados do Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos sobre os Problemas Emocionais e de Comportamento dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

Resultados do CBCL		Faixa Normal		Faixa Limítrofe		Faixa Clínica		
		N	%	N	%	N	%	
Competências:	Em Atividades	13	48,2	11	40,7	3	11,1	
	Competência Social	20	74,1	2	7,4	5	18,5	
	Competência Escolar	24	88,9	0	0	3	11,1	
	Competência Total	11	40,7	2	7,4	14	51,9	
Síndromes:	Ansiedade/Depressão	11	40,7	4	14,9	12	44,4	
	Depressão/Retraimento	12	44,4	5	18,5	10	37,1	
	Queixas somáticas	18	66,7	5	18,5	4	14,8	
	Problemas de Sociabilidade	14	51,9	9	33,3	4	14,8	
	Problemas com Pensamento	16	59,3	5	18,5	6	22,2	
	Problemas de Atenção	17	63,0	5	18,5	5	18,5	
	Violação de Regras	23	85,2	1	3,7	3	11,1	
	Comportamento Agressivo	16	59,3	6	22,2	5	18,5	
	Orientadas DSM	Problemas Afetivos	10	37,1	5	18,5	12	44,4
		Problemas de Ansiedade	8	29,6	7	26,0	12	44,4
		Problemas Somáticos	19	70,4	4	14,8	4	14,8
		De Déficit de Atenção/Hiperatividade	16	59,3	5	18,5	6	22,2
		De Oposição/Desafio	17	63,0	5	18,5	5	18,5
Problemas de Conduta		22	81,5	3	11,1	2	7,4	
Outras Escalas	Ritmo Cognitivo Lento	21	77,8	3	11,1	3	11,1	
	Transtorno Obsessivo-Compulsivo	19	70,4	2	7,4	6	22,2	
	Estresse Pós-Traumático	11	40,7	5	18,6	11	40,7	
Escala Globalis	Escala de Internalização	6	22,2	3	11,1	18	66,7	
	Escala de Externalização	15	55,5	2	7,4	10	37,1	
Escala Total		10	37,1	3	11,1	14	51,8	

Tabela 7 - Principais preocupações e pontos positivos relatados pelos responsáveis no Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem (n=27)

		Presente	
		n	%
Preocupação	Acadêmica	17	63,0
	Relacionamento	15	55,6
	Mau comportamento	17	63,0
	Sofrimento emocional	17	63,0
Pontos Positivos	Relacionamentos	2	7,4
	Aspectos emocionais	21	77,8
	Aspectos acadêmicos	7	26,0

Resultados da PedsQL

Na tabela 8 observa-se a média e Desvio Padrão (DP) das respostas dos superdotados e dos pais por dimensão da qualidade de vida, obtidos a partir do Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico (8 a 12 e 13 a 18 anos de idade) - versão 4.0 (PedsQL – TM). Nota-se que a partir do teste de comparação de médias, os escores obtidos na aplicação do questionário respondido pelas crianças e pelos responsáveis não diferem, com exceção da Dimensão Social ($p=0,03$). Ressalta-se ainda que a Dimensão Emocional foi aquela que obteve menores escores tanto nas respostas dos superdotados quanto nas respostas dos pais.

Tabela 8 – Médias e desvio padrão (DP) das respostas ao Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico – Versão 4.0 - dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem e dos Pais por Dimensão da Qualidade de Vida (n=27)

Qualidade de vida	Superdotado		Pais		p
	Média	DP	Média	DP	
QV Total	71,85	11,66	69,46	15,15	0,40
Capacidade Física	77,42	14,35	75,98	19,37	0,73
Dimensão Emocional	57,03	18,51	57,87	20,19	0,83
Dimensão Social	79,81	18,31	68,88	28,70	0,03
Dimensão Escolar	69,81	18,57	68,14	15,38	0,59
Sumário Psicossocial	68,87	12,71	66,15	15,76	0,35

Na tabela 9 estão descritos os resultados da regressão linear simples para o escore obtido com a aplicação do Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico (8 a 12 e 13 a 18 anos de idade) - versão 4.0 (PedsQL – TM). Foi investigada a associação deste escore com as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, renda familiar em salários mínimos, instrução do pai, instrução da mãe, não observando associação destas com o escore obtido no PedsQL. Todos os aspectos do CBCL foram também investigados quanto à sua associação com a qualidade de vida, tanto como variável categórica, classificados como Limítrofe, Clínico e Normal, como também se utilizando os escores totais “T”, obtidos na sua aplicação, e apenas Síndrome Ansiedade /Depressão mostrou a associação com QV para o subgrupo classificado como Clínico e não para o subgrupo classificado como Limítrofe. Investigou-se também a associação com os resultados da avaliação de inteligência, observando-se associação apenas com o QI de Execução ($p=0,02$) e o Índice Fatorial (IF) Organização Perceptual ($p=0,03$). Nota-se que quanto maior o escore obtido no QI Execução e Organização Perceptual, pior a Qualidade de Vida.

Tabela 9 - Regressão Linear Simples para Qualidade de Vida pelo Questionário de Qualidade de Vida Pediátrico (8 a 12 e 13 a 18 anos de idade) - versão 4.0 (PedsQL – TM) dos superdotados acompanhados em Ambulatório de Desvios da Aprendizagem

Variável	Coefficiente de Regressão	Intervalo de Confiança	p
QI Total	-0,73	-1,48 a 0,02	0,055
QI Execução	-0,50	-0,91 a 0,09	0,02
IF Organização Perceptual	-0,41	-0,78 a -0,03	0,03
IF Resistência à Distração	-0,26	-0,55 a 0,04	0,09
CBCL- Síndrome Ansiedade/ Depressão – Faixa Clínica	-11,10	-20,37 a -1,84	0,02

¹Adotou-se como medida da qualidade de vida o escore total obtido a partir das respostas das crianças.

6 DISCUSSÃO

Os 27 superdotados com até 18 anos de idade atual foram encaminhados ao ADAN por motivo de alteração emocional e/ou de comportamento, principalmente por desatenção e agitação, muitas vezes confundidos com TDAH e não raramente com queixas de baixo rendimento escolar, sem que a hipótese de superdotação tenha sido, previamente, aventada. Predominaram superdotados do sexo masculino, brancos, católicos e oriundos de famílias que possuíam renda mediana de sete salários mínimos. A maioria de seus pais e mães não estavam separados e haviam cursado ensino médio ou acima, com profissões, em sua maioria, de nível técnico. Os problemas emocionais/comportamentais que predominaram entre os superdotados no CBCL foram relacionados às Competências – escala Total, síndrome de Ansiedade/Depressão, problemas Afetivos e de Ansiedade nas escalas orientadas pelo DSM e escala de Internalização. A Qualidade de Vida referida pelos superdotados não foi diferente da referida por seus pais/responsáveis, exceto para a dimensão Social que, na percepção dos pais, é pior do que a referida pelos superdotados. A dimensão Emocional foi aquela que apresentou pior qualidade de vida, tanto referida pelos superdotados quanto pelos pais/responsáveis. A pior qualidade de vida também esteve associada com maior QI de execução e maior índice fatorial organização perceptual, além de com maior ansiedade/depressão à faixa clínica do CBCL.

Uma primeira dificuldade encontrada no estudo dos superdotados é como nomear essa condição. A nomenclatura “superdotado” foi adotada por conta da praticidade de se escrever mediante “portador de Altas Habilidades/Superdotação”, assim como “superdotação” para “Altas Habilidades/Superdotação”. Em concordância, porém, com Pérez (2012) que, analisando o assunto, registrou que a variedade de termos e expressões tem gerado muitas confusões, tornando difícil sua identificação, registro em censo escolar e, como consequência, o prejuízo da elaboração de políticas públicas que favoreça a construção de uma identidade sadia para esses indivíduos. Pérez ainda conclui que o termo assumido em nosso país talvez não seja o melhor para nomear os milhões de crianças, adolescentes e adultos que deveriam ser identificados e adequadamente assistidos, mas argumenta que ele tem o consenso dos pesquisadores que pensam e trabalham para que esses indivíduos saiam da escuridão e sejam reconhecidos e aceitos como cidadãos. Apesar de concordar com Guenther (2012) que os nomes “dotado e dotação” poderiam ser mais adequados e menos discriminativos, gerando menos conflitos e não compactuando com os mitos relacionados à superdotação, além de serem mais compatíveis com os termos utilizados em inglês (gifted para “dotado”), como o termo “dotação”, na literatura científica, está mais relacionado às áreas da economia e o mais importante é a definição em si e não o nome (PÉREZ, 2012), foi utilizada a mesma nomenclatura do Ministério da Educação em uma forma abreviada. Outro termo que poderia enquadrar de forma adequada os escolares desse estudo seria “superdotação intelectual”, uma vez que medidas de inteligência foram utilizadas para sua seleção, mesmo que apenas um tipo de domínio. Em acordo com Mandelman (2010), apesar do fato de os testes padronizados de QI estarem disponíveis há mais de 100 anos e de todas as pesquisas resultarem de seu desenvolvimento, ainda há muita discordância sobre os significados de inteligência e superdotação.

Antes de se discutir os resultados, é importante destacar as limitações deste estudo. Sobre a forma utilizada para identificação e seleção dos superdotados nesse estudo, dois aspectos devem ser considerados. Primeiro, os testes psicométricos são realizados no ADAN com o intuito de determinar as características individuais das funções cerebrais – as habilidades e dificuldades para a faixa etária - de cada escolar avaliado. Essas funções modulam o aprendizado e, muitas vezes, nos permitem, em conjunto com as avaliações transdisciplinares realizadas, diagnosticar evolutivamente e monitorar os desvios da aprendizagem, como, por exemplo, a deficiência intelectual, igualmente contemplada pela educação especial. Portanto, apesar de não ser o meio ideal para a detecção da superdotação, o resultado do WISC-III, principalmente, foi o que surpreendeu e levou a considerar a superdotação para esses escolares atendidos no ambulatório. Deve-se reconhecer que esta seleção considerou aspectos intelectuais e não levou em conta todas as características -como, por exemplo, criatividade, liderança e psicomotricidade- que definiriam as outras inteligências também envolvidas no diagnóstico de Altas Habilidades/Superdotação. É sabido que os testes de QI, isoladamente, não detectam os superdotados na população e que a identificação ideal seria a observação contínua, direta e sistemática nas diversas situações de produção natural da criança, considerando sinais específicos, como a iniciativa e persistência para certas habilidades e tarefas na pré-escola (GUENTHER, 2012). No entanto, na região não existe ainda essa cultura disseminada entre professores e famílias, de forma que, anteriormente ao estudo, a suspeita ou identificação não ocorreu para os superdotados que dele participaram.

O segundo aspecto diz respeito ao critério de QI de 120 ou acima. Tal critério foi baseado no manual do WISC-III, o qual determina que crianças com QI de 120 a 129 estariam dentro da faixa considerada acima da classificada como “Superior” em relação à população geral e igual ou acima de 130 seriam classificadas como “Muito Superior” (WECHSLER, 2002). Ressaltando que os superdotados foram encaminhados por conta de queixas, que são fatores negativos, e não por se destacarem positivamente mediante o grupo acadêmico, foi considerada a possibilidade maior de interferentes emocionais, o que prejudica a performance nos testes, então o QI mínimo de 120 (e não 130) abrangeria um número mais fidedigno de superdotados dessa amostra. Esses fatores negativos do encaminhamento que poderiam levar aos interferentes emocionais também favorecem a caracterização dos superdotados: se estão com dificuldades emocionais e de comportamento e possuem QI de 120 ou acima, há possibilidade de, em melhores condições emocionais, obterem ainda maior escore na testagem.

Não existe um protocolo único internacionalmente aceito, nem um padrão-ouro para a identificação da superdotação (MANDELMAN, 2010), mas há uma sugestão de que as estratégias de identificação incluam múltiplos métodos, informantes e critérios, com foco em diferentes componentes da superdotação, além de considerar a história educacional e a discrepância entre o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento emocional e social. Isto vai de acordo com as características abordadas nesse estudo, uma vez que o mesmo abrangeu os problemas emocionais/comportamentais e a qualidade de vida. Um estudo realizado no nordeste brasileiro sobre a contribuição do WISC-III para a compreensão do perfil cognitivo de 15 crianças com altas habilidades obteve QI Total mínimo de 123 e concluiu que o WISC contribui para a compreensão do funcionamento cognitivo, o que pode embasar a proposição

de projetos de intervenção e oferta de oportunidades de aprendizagem que contemplem as assincronias do desenvolvimento de superdotados (HAZIN et al., 2009), tal qual a intenção do ADAN ao utilizar esse instrumento.

Um estudo espanhol comparou os resultados das avaliações de 49 crianças superdotadas com 2 anos de intervalo e apontou a necessidade do uso de provas complementares às avaliações de QI quando a idade da criança avaliada é menor do que 7 anos e sugeriu a realização das medidas de potencial de aprendizagem para um diagnóstico de superdotação mais preciso (CALERO; GARCÍA- MARTIN, 2014). Uma das limitações desse estudo, portanto, está associada ao fato de que o critério de identificação utilizado ter sido somente o QI.

O número de participantes pode não ser considerado representativo dos superdotados do ambulatório ou da região, uma vez que apenas 27 de 50 convocados foram selecionados para o estudo. A idade foi um fator limitante, uma vez que os instrumentos utilizados para registro dos problemas emocionais/ comportamentais e da qualidade de vida -CBCL e PedsQL- não possuem versões para jovens adultos validadas para o português brasileiro (MAPI, 2014; ASEBA, 2014).

O fato de a maioria dos superdotados que participaram desse estudo ser do sexo masculino, branco, católico, estudante do ensino fundamental em escola particular, oriundo de famílias com renda em torno de sete salários mínimos, com os pais juntos, que cursaram ensino médio ou além, com profissões de nível técnico pode levantar a hipótese de que talvez os menos favorecidos socioeconomicamente não estejam chegando, pois, mesmo o serviço sendo público, há dificuldade de transporte, perda do dia de trabalho do responsável, ou ainda outros fatores que poderiam impedir a família de aceitar o encaminhamento da escola ou de agir em resposta adequada. Essa hipótese encontra apoio no estudo de Silva e Fleith (2008), que mostrou que as práticas parentais associadas a famílias de superdotados, como ambiente familiar centrado nos filhos, o impacto da expectativa dos pais e a independência concedida aos superdotados marcam a influência da família no desenvolvimento do superdotado, bem como a manifestação e reconhecimento da superdotação, o que está intimamente relacionado com a situação socioeconômica.

Um estudo de Chagas e Fleith (2009), que comparou as características de 28 famílias do Distrito Federal em situação socioeconômica desfavorecida, sendo 14 com superdotados e 14 famílias sem superdotados, descreveu também a maioria dos superdotados como do sexo masculino (65%). Os autores sugeriram algumas hipóteses para este achado: expectativas e estereótipos sociais ligados ao gênero (o masculino como sucesso, suporte para a família), a negação do talento por parte de adolescentes do gênero feminino como forma de adequação ao grupo e o processo falho de indicação dos escolares, com a percepção do talento feminino enviesada em função das expectativas sociais. Hazin et al (2009) também registraram apenas um indivíduo do sexo feminino dentre 15 superdotados estudados.

As principais queixas que motivaram o encaminhamento dos superdotados - alteração de comportamento, a desatenção e agitação, sendo que 16 deles haviam sido considerados hiperativos antes das avaliações no ADAN – foram descritas incansavelmente na literatura,

principalmente para justificar a necessidade de assistência e educação especializada, de forma que esse estudo encontra-se em ressonância com a literatura, a exemplo de Antipoff e Campos (2010), que discorreram sobre os mitos da superdotação. Problemas no convívio social e dificuldades de seguir regras e realizar tarefas foram predominantes em situação acadêmica e houve percepção dos pais de que, apesar de terem conhecimento além do conteúdo escolar, os superdotados apresentaram discrepância no rendimento acadêmico com, por exemplo, notas baixas, também corroborados na literatura, inclusive nacional (OUROFINO; GUIMARÃES, 2007). Esse fator pode justificar a não adaptação com o contexto educacional em que se encontram inseridos daqueles que referiram ainda pensar em abandonar a escola, que foram suspensos/expulsos ou mudaram de escola por vontade própria, bem como o autoconceito do desempenho acadêmico não ter sido referido como ótimo por nenhum superdotado, uma vez que a maioria avaliou o próprio desempenho acadêmico como bom.

A maioria dos superdotados desse estudo não pratica atividades artísticas/ instrumentos musicais e estuda apenas uma segunda língua além de sua língua natal, embora pratique esportes, possua hobbies e participe de organizações sociais, além de ter amigos. Pode-se questionar se ocorreu falta de oportunidade ou foi mesmo desinteresse por parte do superdotado frente ao desenvolvimento de outros talentos ou ainda se os superdotados que os realizam estejam mais equilibrados emocionalmente e por isso não foram detectados pelos professores e pais para serem encaminhados.

Apesar de a maioria dos superdotados ter apresentado melhor desempenho do que os colegas de classe em português, história, matemática e ciências, os mesmos foram encaminhados para um ambulatório de desvios da aprendizagem, talvez porque os pais e professores, mesmo que intuitivamente, saibam que o superdotado poderia ter melhor desempenho, ou seja, o seu desempenho está aquém em relação ao seu potencial, além dos problemas comportamentais/emocionais que os preocupam. Ourofino et al (2011) analisaram os fatores associados à baixa performance acadêmica de superdotados na literatura e encontraram fatores internos, como a dificuldade para administrar a motivação, autoconceito negativo e criatividade ignorada - situações inibidoras - e externos, como a falta de colaboração entre a família e a escola. Então, ora o baixo desempenho acadêmico, ora os problemas emocionais/comportamentais ou, ainda, ambos, impulsionaram os professores e pais a procurarem o serviço especializado.

De acordo com Guenther (2011):

“Pais que procuram associações geralmente estão enfrentando problemas com os filhos. Assim a maioria das crianças nesses programas tem algum *problema*, o que leva à ideia de que crianças dotadas e talentosas têm dificuldades emocionais e de relacionamento. Mas não é verdade. Esse fato não se confirma nos estudos que abrangem a população escolar: **a maioria das crianças dotadas não tem problemas emocionais ou de relacionamento**, e nas que têm, os problemas não são relacionados à sua capacidade, mas ao ambiente onde vivem e são criadas”. (grifo do autor)

Dessa forma, considerando que os escolares deste estudo foram encaminhados para o serviço e não identificados como tal em sua escola, é esperado que tenham apresentado algum problema que motivou o encaminhamento e que não há, no momento, como prever quantos

estão sem problemas em suas escolas na região. Outro fato ressaltado é que os problemas, mesmo os oriundos somente do ambiente onde vivem os superdotados, refletem em seu comportamento e rendimento acadêmico e, conseqüentemente, em seu ambiente escolar.

Se não há parâmetros de comparação, como o QI, por exemplo, de um momento anterior ao início dos problemas, também não é possível descartar a relação com a capacidade intelectual no primeiro momento do contato com o superdotado, nem mesmo se suspeitar se os problemas existiriam na ausência da superdotação.

Neste estudo observou-se que não houve discrepância, nas médias dos resultados do WISC, entre o QI Verbal e o de Execução, a qual ocorreu entre os índices fatoriais Velocidade de Processamento e Resistência à distração. Este achado difere do obtido por Hazin et al. (2009), que demonstrou discrepância entre o QI verbal e o de Execução, possível reflexo da assincronia entre o desenvolvimento intelectual e psicomotor, mas se assemelha em relação à discrepância entre os IF. Uma análise pormenorizada e comparativa entre os resultados do teste de inteligência utilizado teria de ter sido realizada para a comparação mais adequada entre os estudos.

Os principais problemas emocionais/comportamentais relatados pelos pais e apresentados através do CBCL mostraram-se semelhantes aos obtidos por Borsa et al. (2013) que, ao caracterizar a clientela infanto-juvenil (59 sujeitos) de uma clínica-escola de avaliação psicológica, descreveu também o predomínio de crianças e adolescentes do sexo masculino e problemas de comportamentos internalizantes sobre externalizantes. Já o estudo de Moura et al. (2008), que caracterizou 103 crianças pré-escolares de outra clínica-escola demonstrou o predomínio de comportamentos externalizantes sobre internalizantes. Uma possível explicação para esses resultados dos superdotados pode se encontrar no fato de a maioria estar frequentando o ensino fundamental e não a pré-escola. Apesar de esse estudo não ter considerado ou avaliado a autoestima dos superdotados, ele é compatível com os resultados de Bénony (2007), cujos superdotados apresentaram escores mais altos de depressão em relação ao grupo controle.

No contexto da inclusão escolar, um estudo descritivo do tipo qualitativo de Valdés et al. (2010) no Brasil avaliou a qualidade de vida de cinco crianças com deficiência intelectual e concluiu que a qualidade de vida estava afetada pelas limitações que envolvem a dimensão Desenvolvimento pessoal e Atividades. Apesar do uso de instrumentos diferentes, não houve, nesse estudo com superdotados, o destaque de prejuízo da capacidade física, sendo que essa dimensão apresentou os maiores escores, em média, tanto na percepção dos pais quanto dos superdotados. No entanto, um estudo brasileiro transversal, misto, realizado com 30 crianças com TDAH e grupo-controle pareados por sexo, idade e condição socioeconômica através do instrumento Auto-questionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) observou qualidade de vida prejudicada para ambos os grupos, com ainda maior desvantagem para o grupo com TDAH, evidenciando o prejuízo da qualidade de vida em crianças com TDAH (VALDÉS et al, 2010). O TDAH, como a superdotação, envolve uma condição neurogenética que acompanha o indivíduo ao longo de sua vida e também pode requisitar estratégias diferentes de ensino e assistência especializada. Um estudo realizado com 179 crianças e com o PedsQL comprovou

que o TDAH em comorbidade – Transtorno Desafiador Opositor ou de Conduta, por exemplos- com distúrbios psiquiátricos causa profundo impacto negativo na qualidade de vida e que esse impacto é pior do que graves doenças físicas pediátricas crônicas, como diabetes e câncer, exceto para a dimensão física (LIMBERS et al., 2011). Como não há estudos com qualidade de vida em superdotados, os resultados desse estudo podem apenas sugerir, ao menos, que a percepção de bem estar emocional dos superdotados seja menor, tanto na visão dos pais quanto na dos mesmos. Em adição, há que se ressaltar que a dimensão Social foi a única que se mostrou diferente para os pais em relação aos superdotados, sendo que os pais referem menor qualidade de vida nessa dimensão do que os superdotados.

Nesse estudo foi demonstrada associação com proporção inversa entre alguns resultados e a qualidade de vida dos superdotados, o que significa que, quanto maiores os escores desses resultados, menor a qualidade de vida, a saber: QI de Execução, a Organização Perceptual (IF) e Síndrome de Ansiedade/depressão na faixa clínica do CBCL. Pode ser esperado que, quanto mais intensos forem os problemas de ansiedade/depressão de um indivíduo, a sua percepção de bem estar (qualidade de vida) seja diminuída, mas não se espera a mesma relação para o QI. É certo que é um mito que os superdotados sempre têm sucesso na vida e que não precisam de assistência especializada, mas, observar que, quanto maior QI de execução, menor a satisfação pessoal, é semelhante a considerar que a superdotação possa se tornar uma punição, ou algo negativo, por representar uma característica da qual o indivíduo não tem culpa e muito menos pode se livrar.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitem chamar a atenção ao fato de que, em nossa região, esses escolares não são identificados antes de apresentarem problemas comportamentais/emocionais e sequer parecem ser identificados caso não apresentem. O fato de superdotados aparecerem nesse ambulatório especializado mostra que eles existem na região, não são identificados e estão desassistidos. Obviamente é plausível supor que há um número razoável de superdotados na região que não foram identificados e para os quais é necessário estabelecer medidas preventivas e não somente terapêuticas para os problemas emocionais/comportamentais que apresentem.

Um trabalho preventivo poderia contribuir para quebrar o ciclo vicioso do não desenvolvimento dos potenciais gerando problemas emocionais/comportamentais que prejudicam a qualidade de vida que, por sua vez, impede o desenvolvimento dos potenciais. Além disso, esse trabalho permitiria minimizar os problemas relacionados ao ambiente onde os superdotados vivem e estudam, seja através de suporte às famílias e/ou orientação dos professores ou por orientação do próprio superdotado sobre como lidar com as situações que o cercam, na direção de evitar o prejuízo e/ou recuperar sua autoestima e qualidade de vida para que o desenvolvimento de seus potenciais possa ocorrer de forma plena, beneficiando o superdotado, sua família, escola e, conseqüentemente, a comunidade como um todo.

Um exemplo de trabalho preventivo poderia ser a elaboração de uma cartilha informativa que seria entregue e explicada aos professores das escolas da região para que conhecessem as características dos superdotados e fossem incentivados e capacitados para a identificar o superdotado, a fim de que a inclusão no ensino especializado possa ocorrer e estratégias possam ser admitidas desde a pré-escola. O caminho da qualidade de vida pode indicar a direção das estratégias psicoeducacionais e o amadurecimento e sensibilização da cultura da região, direcionando, concomitantemente, as políticas públicas educacionais igualmente preventivas.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E. M. S. **Psicologia e educação do superdotado**. São Paulo: Ed. EPU, 1986. 97p.
- ALENCAR, E. M. S. Características socioemocionais do superdotado: questões atuais. **Psicologia em Estudo**. v.12, n.2, p.371-378, maio/Agosto 2007.
- ANTIPOFF, C. A.; CAMPOS, R. H. F. Superdotação e seus mitos. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 2, p. 301-309, 2010.
- ASEBA. Achenbach System of Empirically Based Assessment. **Translations of ASEBA forms**. Disponível em: <<http://www.aseba.org/ordering/translations.html>>. Acesso em: 02 nov. 2014.
- BÉNONY, H. et al. Link between depression and academic self-esteem in gifted children. **Encephale**; v. 33, n 1, p. 11-20, 2007.
- BESSOL, A. et al. Life satisfaction in 28 intellectually gifted persons aged 65 and over. **Presse Medicale**, v. 32, n. 16, p. 734-739, 2003.
- BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist (CBCL)” Inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. **Revista ABP – APAL**, v. 17, n. 2, p. 55-56, 1995.
- BORDIN, I. A. et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher’s Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 13-28, 2013.
- BORSA, J. C. et al. Caracterização da Clientela Infanto-Juvenil de uma Clínica-escola de Avaliação Psicológica de uma Universidade Brasileira. **Psicologia**, v. 44, n. 1, p. 73-81, 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB 17/2001 – Homologado**. Despacho do Ministro em 15/8/2001, publicado no Diário Oficial da União de 17/8/2001, Seção 1, p. 46. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB017_2001.pdf>. Acesso em: 9 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: Ministério da Educação, 2001. p. 39. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 27 jul. 2014.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em 01 maio 2014.

BRASIL. **Decreto 7.611 de 17/nov/2011**. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7611.htm>. Acesso em: 2 maio 2014.

CALERO, M. D.; GARCÍA-MARTIN, M. B. Estabilidad temporal del C.I. y potencial de aprendizaje en niños superdotados: implicaciones diagnósticas. **Anales de Psicología**, v. 30, n. 2, p. 512-521, 2014.

CHAGAS, J. F.; FLEITH, D. S. Estudo comparativo sobre superdotação com famílias em situação socioeconômica desfavorecida. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.15. n.1, 2009.

CHAGAS, J. F. Habilidades, características pessoais, interesses e estilos de aprendizagem de adolescentes talentosos. **Psico-USF**. v 15, n.1, p. 93-102, jan/abr 2010.

ConBraSD- CONSELHO BRASILEIRO PARA SUPERDOTAÇÃO, Instituto de Psicologia, **Universidade de Brasília**. Disponível em: <www.conbrasd.org>. Acesso em: 22 abr. 2014.

CUPERTINO, C. M. B. Early identification of gifted children: the Brazilian results. In: BIENNIAL CONFERENCE OF THE WORLD OF INFORMATION: **Proceedings of the 14 Biennial Conference of The world of information: Opportunities and Challenges for the gifted and talented**. Valladolid, 2003, p. 64-68. Disponível em: <<http://www.christinacupertino.com.br/arquivos/early%20identification.pdf>> Acesso em: 13 JUL. 2014.

CUPERTINO, C. M. B. et al. Diversity and Gifted Education: four Brazilian examples. In WALLACE, B.; ERIKSSON, G. **Diversity in gifted education: international perspectives on global issues**. London, 2006. p. 158-164. Disponível em: <<http://www.christinacupertino.com.br/arquivos/CapituloFinal.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2014.

DELOU, C. M. C. Integrar alunos portadores de altas habilidades. Por que e Para quê? In: **IntegrAÇÃO; Ministério da Educação e do Desporto/Secretaria de Educação Especial**, v. 7, n. 17, p. 24-26, 1996.

EMERICH, D. R. **Avaliação comportamental infantil: inclusão de múltiplos informantes e o uso da entrevista clínica**. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2013.

FLEITH, D. S. et al. Educação do aluno sobredotado no Brasil e em Portugal: uma análise comparativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 16, n. 16, p.75-88, 2010.

FREEMAN, J.; GUENTHER, Z. C. Mensagem aos Professores. In: Educando os Mais Capazes: ideias e ações comprovadas. São Paulo: EPU, p. 13-20, 2000.

- GOETZ, T. et al. Big fish in big ponds: A multilevel analysis of test anxiety and achievement in special gifted classes. **Anxiety, Stress & Coping**, v. 21, n. 2, p. 185-198, 2008.
- GOULARDINS, J. B. et al. Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 69, n. 4, p. 630-635, 2011.
- GUENTHER, Z. C. Um centro Comunitário. In: **Caminhos para desenvolver potencial e talento**. Lavras: Ed. UFLA, 2011. p. 17.
- GUENTHER, Z. C. Quem são os alunos dotados? Reconhecer dotação e talento na escola. In: **Altas Habilidades/Superdotação, Talento, Dotação e Educação**. MOREIRA, L. C.; STOLTZ, T. (Coord.). Curitiba: Juruá, 2012. p. 63-83.
- HAZIN, I. et al. Contribuições do WISC-III para a compreensão do perfil cognitivo de crianças com Altas Habilidades. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 2, p. 255-265, 2009.
- HOLETZ, M.S. **O superdotado no ambiente escolar**. 2004. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=569>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- JIN, S. et al. Differences in brain information transmission between gifted and normal children during scientific hypothesis generation. **Brain and Cognition**, v. 62, p. 191-197, 2006.
- KLATCHOIAN, D. A. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory TM versão 4.0 (PedsQL-TM). **Jornal de Pediatria**, v. 84, n.4, p. 308-315, 2008.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.31, n. 3 supl., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2014.
- LEE, K. H. et al. Neural correlates of superior intelligence: stronger recruitment of posterior parietal cortex. **Neuroimage**, v. 29, p. 579-586, 2006.
- LIMA, L. A. P.; WEFFORT, V. R. S.; BORGES, M. F. Avaliação da qualidade de vida de crianças com diabetes Mellitus tipo 1. **Ciências e Cuidados com a Saúde**, v. 10, n.1, p.127-133, 2011.
- LIMBERS, C. A., et al. Patient-Reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in Pediatric Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Psychiatric Disorders: Feasibility, Reliability, and Validity. **Value in Health**, v. 14, p. 521-530, 2011.

MAPI RESEARCH TRUST. **Peds QL™ List of existing translations**. 2014. Disponível em: <<http://www.pedsq.org/PedsQL-Translation-Tables.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014. (Last update: september, 18th, 2014).

MAIA-PINTO, R. R.; FLEITH, D. S. Percepção de professores sobre alunos superdotados. **Estudos Psicológicos**, v. 19, n. 1, p.78-90, 2002.

MANDELMAN, S. D. et al. Intellectual giftedness: Economic, political, cultural, and psychological considerations. **Learning and Individual Differences**, v. 20, p. 287-297, 2010. doi:10.1016/j.lindif.2010.04.014.

MORALES, N. M. O.; SILVA, C. H. M., Qualidade de vida e Paralisia Cerebral. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B. et al. (Coord). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 207-225.

MOURA, C. B. et al. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos Clínicos**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, M. A. Z.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NUCLEOS DE ATIVIDADES DE ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO. **Orientações Preliminares para implantação de Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação**. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp/.../documento%20orientador_naahs_29_05_06>. Acesso em: 20 jul. 2014.

OUROFINO, V. T. A. T.; FLEITH, D. C. Um estudo comparativo sobre a dupla personalidade superdotação/hiperatividade. **Avaliação Psicológica**, v.4, n. 2, p. 165-182, 2005.

OUROFINO, V. T. A. T.; FLEITH, D. S.; GONÇALVES, F. C. Fatores associados à baixa performance acadêmica de alunos superdotados. **Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 28-38, 2011

OUROFINO, V. T. A. T.; GUIMARÃES, T. G. Características Intelectuais, Emocionais e Sociais do Aluno com Altas Habilidades/Superdotação. In: **A Construção de Práticas Educacionais para Alunos com Altas Habilidades/Superdotação**. FLEITH, D. S. et al. (Org.). Brasília: Ministério da Educação, 2007. v. 1.

PÉREZ, S. G. P. B. E que nome daremos à criança? In: **Altas Habilidades/Superdotação, talento, dotação, e educação**. MOREIRA, L. C.; STOLTZ, T. (Coord.). Curitiba: Juruá, 2012. p.45-61

PÉREZ, S. G. P. B., Encontros e desencontros na identificação dos indicadores de Altas Habilidades/Superdotação. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 72, p. 57-78, 2013.

- POCINHO, M. Superdotação: conceitos e modelos de diagnóstico e intervenção psicoeducativa. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.15, n. 1, p. 3-14, 2009.
- RAMOS, E. M. A. Let Us In: Latino Underrepresentation in Gifted and Talented Programs. **Journal of Cultural Diversity**, v. 17, n. 4, p. 151-153, 2010.
- RECH, A. J. D.; FREITAS, S. N. Uma análise dos mitos que envolvem os alunos com altas habilidades: a realidade de uma escola de Santa Maria/RS. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 11, p. 295-314, 2005.
- RIAGE - RHODE ISLAND ADVOCATES FOR GIFTED EDUCATION. Social and emotional development of gifted children. 2014. Disponível em: <<http://www.riage.org/articles/social-and-emotional-development-of-gifted-children/#credit>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- SECADI. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Disponível em: <portal.mec.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- SEESP. Secretaria de Educação Especial. **Conceitos de Altas Habilidades/ Superdotação**. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- SEESP. Secretaria de Educação Especial. **Altas Habilidades/Superdotação e a Inclusão Escolar**. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1685-1696, 2010.
- SILVA, P. V. C.; FLEITH, D. S. A influência da família no desenvolvimento da superdotação. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 12, n. 2, p. 337-346, 2008.
- STATA CORP. Stata Statistical Software: Release 10.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2003.
- THOMPSON, P. M. et al. Genetic influences on brain structure. **Nature**, v. 4, p. 1253-1258, 2001.
- VALDÉS, M. T. M.; BEZERRA, M. H. O.; MELO, E. L. A. Qualidade de vida e TDAH. In: ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. et al. (Ed.). **Qualidade de vida na Infância e na Adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental**. Porto Alegre: Ed Artmed, 2010. p. 315-333.
- VALDÉS, M. T. M.; SOARES, J. E. M. B.; FROTA, M. A. Qualidade de vida e deficiência intelectual. In: ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. et al. (Ed.). **Qualidade de vida na Infância e na Adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental**. Porto Alegre: Ed Artmed, 2010¹. p. 259-282.

VANMEERBEEK, M. et al. Gifted children and the family physician. **La Presse Medicale**, v. 35, n. 1 pt. 2, p. 86-90, 2006.

WECHSLER, D. **Manual Wisc III**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002. p. 5-39.

WHOQOL - Abreviado: Versão em português. Programa de Saúde Mental. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol3.html>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

WHOQOL Group. **The World Health Organization Quality of Life Group**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/>. Acesso em: 20 jul. 2014.

ANEXOS

Anexo 1

Anexo 1– Locais dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades- NAAHS

UF	Cidade	Local (Escola, Semed, Seduc, etc.)	
AC	Rio Branco	Secretaria de Educação	R
AL	Maceió	Centro de Educação Especial Vandette Gomes de Castro	T
AP	Macapá	Núcleo de Atividades de Altas Habilidades	A R
AM	Manaus	Complexo da Escola Escola Frei Silvio Vagheggi	R
BA	Salvador	Centro Educacional Carneiro Ribeiro -Escola Parque	R
CE	Fortaleza	Instituto de Educação	R
DF	Brasília	CENTRO DE ENSINO MÉDIO ELEFANTE BRANCO	S
ES	Vitória	EEEFMD Desenbargador Carlos Xavier Paes Barreto	A
GO	Goiania	Extinto Colégio Estadual Ruy Brasil	R
MA	São Luis	Secretaria de Educação	R
MT	Cuiabá	Centro de Apoio e Suporte a Inclusão da Educação Especial	R
MS	Campo Grande	Centro Estadual de Educação Especial e Inclusiva	R
MG	Belo Horizonte	Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte	R
PA	Belém	COEES- Coordenação de Educação Especial do Estado do Pará	A R
PB	João Pessoa	FUNAD	E
PR	Londrina	C.E. Vicente Rijo	A
PE	Recife	Núcleo de Atividades de Altas Habilidades	E
PI	Teresina	Secretaria de Educação	R
RJ	Niterói	Instituto de Educação Professor Ismael Coutinho IEPIC	T
RN	Natal	Centro Estadual de Educação Especial	C d
RS	Porto Alegre	Centro de Desenvolvimento, Estudos e Pesquisas nas Altas Habilidades	R
RO	Porto Velho	Secretaria de Estado da Educação de Rondonia	R S
RR	Boa Vista	Secretaria de Educação - Divisão de Educação Especial	N
SC	São José	Fundação Catarinense de Educação Especial	R
SP	São Paulo	Serviço de Educação Especial/CAPE	R
SE	Aracajú	Edifício Estado de Sergipe	T

Anexo 2

ID# _____
Data: _____

PedsQL™

Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida

Versão 4.0

Relato da Criança (8 a 12 anos)

Instruções

A próxima página contém uma lista de coisas que podem ser um problema para você. Por favor, conte-nos **quanto cada uma destas coisas têm sido um problema** para você no **último mês**, assinalando:

- 0** se **nunca** é um problema
- 1** se **quase nunca** é um problema
- 2** se **algumas vezes** é um problema
- 3** se **frequentemente** é um problema
- 4** se **quase sempre** é um problema

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

No *último mês*, o quanto você tem tido **problemas com...**

Sobre a Minha Saúde e Atividades (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar atividades esportivas ou exercícios	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou chuveiro sozinho	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil fazer as tarefas do dia-a-dia da casa	0	1	2	3	4
7. Eu tenho dor ou machucado	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia	0	1	2	3	4

Sobre os Meus Sentimentos (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Eu sinto medo ou fico assustado	0	1	2	3	4
2. Eu fico triste ou deprimido	0	1	2	3	4
3. Eu fico com raiva	0	1	2	3	4
4. Eu tenho dificuldade para dormir	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

Como eu Convivo com Outras Pessoas (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Eu tenho problemas em conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. Outras crianças não querem ser meus amigos	0	1	2	3	4
3. Outras crianças me provocam	0	1	2	3	4
4. Não consigo fazer coisas que outras crianças da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

Sobre a Escola (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho problemas em acompanhar os trabalhos da classe	0	1	2	3	4
4. Eu falto na escola por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto na escola para ir ao médico ou hospital	0	1	2	3	4

ID# _____
Data: _____

PedsQL™

Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida

Versão 4.0

Relato dos Pais sobre Crianças (8 a 12 anos)

Instruções

A próxima página contém uma lista de coisas que podem ser um problema para **seu (sua) filho (a)**. Por favor, conte-nos **quanto cada uma destas coisas têm sido um problema** seu (sua) filho (a) durante o **último mês**, assinalando:

- 0** se **nunca** é um problema
- 1** se **quase nunca** é um problema
- 2** se **algumas vezes** é um problema
- 3** se **frequentemente** é um problema
- 4** se **quase sempre** é um problema

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

No *último mês*, quanto seu filho (a) tem tido **problemas com...**

Capacidade Física (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2.Correr	0	1	2	3	4
3.Participar de atividades esportivas ou exercícios	0	1	2	3	4
4.Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5.Tomar banho de banheira ou chuveiro sozinho	0	1	2	3	4
6.Fazer as tarefas do dia-a-dia da casa	0	1	2	3	4
7.Ter dor ou machucado	0	1	2	3	4
8. Pouca energia	0	1	2	3	4

Aspecto Emocional (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Sentir medo ou ficar assustado	0	1	2	3	4
2. Ficar triste ou deprimido	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4.Dificuldade para dormir	0	1	2	3	4
5. Ficar preocupado	0	1	2	3	4

Aspecto Social (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. Outras crianças não querem ser amigos dele (a)	0	1	2	3	4
3. Outras crianças provocam seu filho (a)	0	1	2	3	4
4. Não consegue fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar outras crianças	0	1	2	3	4

Atividade Escolar (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2.Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3.Acompanhar os trabalhos da classe	0	1	2	3	4
4.Faltar na escola por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5.Faltar na escola para ir ao médico ou hospital	0	1	2	3	4

ID# _____
Data: _____

PedsQL™

Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida

Versão 4.0

Relato do Adolescente (13 a 18 anos)

Instruções

A próxima página contém uma lista de coisas que podem ser um problema para você. Por favor, conte-nos **quanto cada uma destas coisas têm sido um problema** para você no **último mês**, assinalando:

- 0** se **nunca** é um problema
- 1** se **quase nunca** é um problema
- 2** se **algumas vezes** é um problema
- 3** se **frequentemente** é um problema
- 4** se **quase sempre** é um problema

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda

No último mês, quanto você tem tido problemas com...

Sobre a Minha Saúde e Atividades (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Para mim é difícil andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar atividades esportivas ou exercícios	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou chuveiro sozinho	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil fazer as tarefas do dia-a-dia da casa	0	1	2	3	4
7. Eu tenho dor ou machucado	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia	0	1	2	3	4

Sobre os Meus Sentimentos (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Eu sinto medo ou fico assustado	0	1	2	3	4
2. Eu fico triste ou deprimido	0	1	2	3	4
3. Eu fico com raiva	0	1	2	3	4
4. Eu tenho dificuldade para dormir	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

Como eu Convivo com Outras Pessoas (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. Eu tenho problemas em conviver com outros adolescentes	0	1	2	3	4
2. Outros adolescentes não querem ser meus amigos	0	1	2	3	4
3. Outros adolescentes me provocam.	0	1	2	3	4
4. Não consigo fazer coisas que outros adolescentes da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar os adolescentes da minha idade	0	1	2	3	4

Sobre a Escola (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho problemas em acompanhar os trabalhos da classe	0	1	2	3	4
4. Eu falto na escola por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto na escola para ir ao médico ou hospital	0	1	2	3	4

ID# _____
Data: _____

PedsQL™

Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida

Versão 4.0

Relato dos Pais sobre Adolescentes (13 a 18 anos)

Instruções

A próxima página contém uma lista de coisas que podem ser um problema para **seu (sua) filho (a)**. Por favor, conte-nos **quanto cada uma destas coisas têm sido um problema** seu (sua) filho (a) durante o **último mês**, assinalando:

- 0** se **nunca** é um problema
- 1** se **quase nunca** é um problema
- 2** se **algumas vezes** é um problema
- 3** se **frequentemente** é um problema
- 4** se **quase sempre** é um problema

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*No último mês, quanto seu filho (a) tem tido **problemas** com...*

Capacidade Física <i>(problemas com...)</i>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2.Correr	0	1	2	3	4
3.Participar de atividades esportivas ou exercícios	0	1	2	3	4
4.Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5.Tomar banho de banheira ou chuveiro sozinho	0	1	2	3	4
6.Fazer as tarefas do dia-a-dia da casa	0	1	2	3	4
7.Ter dor ou machucado	0	1	2	3	4
8. Pouca energia	0	1	2	3	4


Aspecto Emocional <i>(problemas com...)</i>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Sentir medo ou ficar assustado	0	1	2	3	4
2. Ficar triste ou deprimido	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4.Dificuldade para dormir	0	1	2	3	4
5. Ficar preocupado	0	1	2	3	4

Aspecto Social <i>(problemas com...)</i>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Conviver com outros adolescentes	0	1	2	3	4
2. Outros adolescentes não querem ser amigos dele (a)	0	1	2	3	4
3. Outros adolescentes provocam seu filho (a)	0	1	2	3	4
4. Não consegue fazer coisas que outros adolescentes da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar outros adolescentes	0	1	2	3	4

Atividade Escolar <i>(problemas com...)</i>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Quase Sempre
1.Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2.Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3.Acompanhar os trabalhos da classe	0	1	2	3	4
4.Faltar na escola por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5.Faltar na escola para ir ao médico ou hospital	0	1	2	3	4

Anexo 3 - CBCL

Anexo 4

unesp  **Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu** 

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.uneso.br

 Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de novembro de 2012 Of. 544/2012

Ilustríssima Senhora
Prof.ª. Dr.ª. Maria Cristina Pereira Lima
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.ª. Maria Cristina,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4416-2012) Escolares superdotados acadêmicos acompanhados em serviço especializado: Características clínicas, sócio-demográficas e qualidade de vida, a ser conduzido por Lara Cristina Antunes dos Santos, orientada por Vossa Senhoria, co-orientado por Niura Aparecida de Moura Ribeiro Padula, com a colaboração de Maria Dalva Lourenceti, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/11/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 15 de abril de 2013.

Of. 59/2013

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Pereira Lima
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Maria Cristina,

informo que **AUTORIZEI** nesta data (15/04/2013) a inclusão do **Questionário padronizado "Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 06 a 18 anos - versão brasileira do ChildBehaviorChecklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)"** ao Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4416-2012) **"Escolares superdotados acadêmicos acompanhados em serviço especializado: Características clínicas, sócio-demográficas e qualidade de vida"**, conduzido por Lara Cristina Antunes dos Santos, orientada por Vossa Senhoria, co-orientado por Niura Aparecida de Moura Ribeiro Padula, com a colaboração de Maria Dalva Lourenceti, e aprovado por este CEP em 05/11/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP

Apêndice 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Lara Cristina Antunes dos Santos, neuropediatra do Hospital das Clínicas da UNESP de Botucatu, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “**ESCOLARES SUPERDOTADOS ACADÊMICOS ACOMPANHADOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E QUALIDADE DE VIDA**”. Por esse motivo, convido você, _____ e seu filho (a), _____, a participar do mesmo. O objetivo é conhecer melhor as condições de vida e escolaridade dos superdotados e a participação de vocês consiste em responder a uma entrevista e um questionário cada, com duração estimada em 30 a 50 minutos, sobre condições socioeconômicas, de moradia, saúde e aspectos relacionados à vida acadêmica. Vocês ficam cientes das garantias de confidencialidade, ou seja, de que todas as respostas são anônimas e que apenas dados consolidados (agrupados) serão divulgados. Informo que a identificação com seu nome e o nome de seu (sua) filho(a) visa a reavaliação no futuro e que você pode escolher:

-Não participar, em qualquer momento, sem que isso prejudique de forma alguma seu (e/ou de seu filho) seguimento nesse serviço, em qualquer setor;

-participar sem colocar o nome;

- participar colocando a sigla do(s) seu(s) nome(s) nos questionários (apenas as letras maiúsculas que compõem o seu nome).

Você fica ciente de que, independentemente de sua escolha, a pesquisadora responsável fica à disposição para quaisquer esclarecimentos através dos telefones : (14) 97776913, 81131119, 33541338, 91210802 ou e-mail: lara_neuropediatria@msn.com , que a sua participação é absolutamente voluntária e de que você tem o direito de receber informações adicionais sobre o estudo também através do Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (14) 38801608 ou 38801609.

Vocês receberão uma cópia deste documento.

Sua Assinatura: _____.

Assinatura de seu pai/mãe/responsável: _____.

Assinale se você é: () pai () mãe () responsável .

Parentesco: _____.

Obrigada pela atenção,

Assinatura da pesquisadora: _____.

Lara Cristina Antunes dos Santos. Neuropediatra. CRM 75844.

Responsáveis pelo projeto -telefones:

Lara Cristina Antunes dos Santos (14-97776913)

Prof. Dra Maria Cristina Pereira Lima (14-97980422) – Orientadora.

Dra Niura Aparecida de Moura Ribeiro Padula (14-97987674)- Co-orientadora.