

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Instituto de Ciências Biológicas

**FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) E OS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

CÍNTIA MORAES PORTES CALDEIRA

Belo Horizonte

2013

CÍNTIA MORAES PORTES CALDEIRA

**FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) E OS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**Belo Horizonte
2013**

CÍNTIA MORAES PORTES CALDEIRA

**FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) E OS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Neurociências.

Área de concentração: Neurociências

Orientador: Prof. Dr. Arthur Melo e
Kümmer

Belo Horizonte

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR:

Prof. Dr. Clélio Campolina Diniz

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Ricardo Santiago Gomez

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Ribeiro

CÍNTIA MORAES PORTES CALDEIRA

**FREQUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) E OS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
ASSOCIADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Melo e Kümmer

Data de Aprovação: ____/____/____

Componentes da Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Sílvia Mendonça da Matta (UFMG)

Prof. Dr. Ângelo Raphael Tolentino de Rezende (USP)

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, que ilumina a minha vida, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

A meu filho Tiago, minha maior realização, sua simples presença ilumina o meu dia e traz motivação adicional para a conquista de meus objetivos pessoais e profissionais. Ser uma referência é uma GRANDE responsabilidade.

A meu marido Flávio, grande parceiro, sábio em todos os sentidos, pela paciência, compreensão, e que na minha ausência sabe me substituir muito bem cuidando do nosso filho.

Aos meus familiares, pela torcida por mais uma conquista realizada.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Arthur Melo e Kümmer, profissional dedicado, razão do meu interesse pela área, pela oportunidade de me fazer conhecer mais sobre o TDAH, pela paciência, apoio, compreensão e por me orientar com grande simplicidade. O meu muito obrigado!

À Diretora Maria Rita Pacheco Nunes, por sua abertura para a realização deste trabalho na Escola Municipal Germin Loureiro.

Aos funcionários da Escola Municipal Germin Loureiro que sempre me receberam com carinho e simpatia, e não mediram esforços para ajudar nesta pesquisa.

Aos docentes da Pós-Graduação em Neurociências da UFMG, pelos quais tenho muito respeito e admiração, e que foram extremamente importantes para o meu aprimoramento intelectual.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação, sempre prestativos.

A todos os Pais e Alunos que disponibilizaram a participar deste estudo.

A meus Amigos de turma, principalmente ao meu grupo de estudo, Cynthia Priscila, Fernanda, Hunayara e Sandra.

*“Eu vivo sempre no mundo da lua.
Tenho uma alma de artista
Sou um gênio sonhador e romântico*

[...]

*Eu vivo sempre no mundo da lua.
Porque sou inteligente
Se você quer vir com a gente
Venha que será um barato...”*

Guilherme Arantes

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se pelo quadro de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O TDAH é o transtorno psiquiátrico mais comum na infância e sua prevalência varia conforme os critérios diagnósticos utilizados para sua caracterização. Sua prevalência mundial é estimada em 5,29%, e no Brasil, de 5,8%. **Objetivo:** pesquisar a frequência do TDAH e os problemas psicológicos associados, em crianças e adolescentes de uma Escola da Rede Municipal da cidade de João Monlevade, Minas Gerais. **Métodos:** O método escolhido para a investigação foi a pesquisa quantitativa com delineamento transversal. Participaram do estudo oitenta e dois (82) alunos do 2º ao 8º ano do Ensino Fundamental, com idade de 6 a 14 anos, ou seja, crianças e adolescentes de ambos os sexos, independente de raça, religião e nível socioeconômico. Calculou-se a frequência do transtorno no sexo masculino e feminino e identificaram os problemas psicológicos associados ao TDAH. Os dados foram obtidos através dos questionários SNAP – Swanson, Nolan e Pelham – versão IV (modificado) e o SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades) respondidos pelos pais e/ou responsáveis. Foram excluídos do estudo, os pais e/ou responsáveis não alfabetizados e os alunos identificados com outras doenças psiquiátricas e/ou neurológicas graves. **Resultados:** De acordo com resultados das subescalas do SNAP-IV, 17 (20,7%) dos alunos tiveram escores positivo igual ou acima de 6 para sintomas de desatenção e/ou igual ou acima de 6 para sintomas de Hiperatividade/Impulsividade. Desses, 6 (7,3%) apresentaram apenas sintomas de Desatenção, 5 (6,1%) apresentaram apenas sintomas de Hiperatividade/Impulsividade, 6 (7,3%) tinham ambos os sintomas e 65 (79,3%) tiveram pontuação abaixo de 6 em quaisquer das subescalas. Com relação a Qualquer Prejuízo (Familiar, Social, Escolar) causado pelos sintomas do TDAH, 24 (29,3%) do total de alunos apresentaram prejuízos. Também foi observado que 19 (23,2%) do total de alunos apresentaram sintomas com início antes dos 7 anos de idade. Quanto à frequência de TDAH, 7 (8,5%) dos alunos preencheram todos os critérios diagnósticos, ou seja, obtiveram escore positivo (igual ou acima de 6) no SNAP-IV de Desatenção e/ou de Hiperatividade/Impulsividade, com prejuízos e início antes dos 7 anos de idade. Desses, 3 (3,7%) alunos apresentaram sintomas do subtipo Desatento, 2 (2,4%) apresentaram sintomas do subtipo Hiperativo/Impulsivo, 2 (2,4%) apresentaram sintomas do subtipo Combinado e 75 (91,5%) dos alunos não apresentaram evidência de TDAH. Quanto à análise do SDQ, a frequência de alunos que obtiveram valores Anormais nas subescalas foi: Total de Dificuldades 20 (24,4%), Sintomas Emocionais 29 (35,4%), Problemas de Conduta 20 (24,4%), Hiperatividade 16 (19,5%), Problemas de Relacionamento com Colegas 16 (19,5%) e Comportamento Pró-Social 3 (3,7%). **Conclusão:** Este estudo demonstrou que a frequência do TDAH estimada é próxima da encontrada na literatura e problemas psicológicos associados ao transtorno são frequentes e que os alunos que apresentaram sintomas do TDAH não tinham diagnóstico, não estavam em tratamento e nem faziam uso de psicoestimulantes. Embora a amostra tenha sido pequena, vale observar que os resultados do estudo corroboram os achados na literatura consultada, que aponta correlação entre TDAH e Problemas Psicológicos Associados (comorbidades).

Palavras-chave: TDAH. Comorbidades. Crianças. Adolescentes. Educação.

ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Disorder/Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by the frame of inattention, hyperactivity and impulsivity. ADHD is the most common psychiatric disorder in childhood and its prevalence varies according to the diagnostic criteria used for its characterization. Its worldwide prevalence is estimated at 5.29% and Brazil 5.8%. **Objective:** To investigate the frequency of ADHD and associated psychological problems in children and adolescents from a Municipal School in the city of João Monlevade, Minas Gerais. **Methods:** The method chosen for the research was a cross-sectional quantitative research. Participants were eighty-two (82) students from 2nd to 8th grade of elementary school, aged 6-14 years, ie, children and adolescents of both sexes, regardless of race, religion and socioeconomic status. We calculated the frequency of the disorder in males and females and identified psychological problems associated with ADHD. Data were obtained through questionnaires SNAP-Swanson, Nolan and Pelham - version IV (modified) and SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire (Strengths and Difficulties Questionnaire) answered by parents and/or guardians. Were excluded from the study, parents and/or guardians and illiterate students identified with other psychiatric disorders and/or neurological damage. **Results:** According to results of the subscales of the SNAP-IV, 17 (20.7%) of students had positive scores equal or above 6 for symptoms of inattention and/or equal or above 6 for symptoms of hyperactivity/impulsivity. Of these, 6 (7.3%) had only symptoms of inattention, 5 (6.1%) had only symptoms of hyperactivity/impulsivity, 6 (7.3%) had both symptoms and 65 (79.3 %) had score below 6 on any of the subscales. With respect to any loss (Family, Social, School) caused by ADHD symptoms, 24 (29.3 %) of all students had losses. It was also observed that 19 (23.2 %) of all students had symptoms starting before seven years of age. Regarding the frequency of ADHD, 7 (8.5%) of students met all the diagnostic criteria, ie, had a positive score (equal to or above 6) in SNAP-IV Inattention and/or Hyperactivity/Impulsivity, with losses and onset before age 7. Of these, 3 (3.7%) students showed symptoms of Inattentive subtype 2 (2.4 %) had symptoms of subtype Hyperactive/Impulsive, 2 (2.4%) had symptoms of the Combined subtype and 75 (91.5 %) of students showed no evidence of ADHD. The analysis of the SDQ, the frequency of students who obtained values Freaks subscales was: Total Difficulties 20 (24.4%), Emotional Symptoms 29 (35.4 %), Conduct Problems 20 (24.4%), hyperactivity 16 (19.5 %), Relationship Problems with Colleagues 16 (19.5 %) and Pro-Social Behavior 3 (3.7%). **Conclusion:** This study demonstrated that the frequency of ADHD is estimated close to that found in the literature and psychological problems associated with the disorder are frequent and that students who had had no symptoms of ADHD diagnosis, treatment and were not even made use of psychostimulants. Although the sample was small, it is worth noting that the results of the study corroborate the findings in the literature, pointing correlation between ADHD and Psychological Problems Associated (comorbidities).

Keywords: ADHD. Comorbidities. Children. Teens. Education

LISTA DE ABREVIATURAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
CRS-R	Conner's Parent and Checklist-Parent and Teacher versions
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire – Questionário de Capacidades e Dificuldades
SNAP-IV	Swanson, Nolan and Pelham Scale – Versão IV
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TA	Transtorno de Ansiedade
TC	Transtorno de Conduta
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
THB	Transtorno de Humor Bipolar
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TOD	Transtorno Opositivo-Desafiador

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Comparação entre Gêneros.....	30
TABELA 2 – Frequência do Total de Dificuldades e Subescalas, segundo o SDQ.....	30
TABELA 3 – Comparação entre Gêneros nas Escalas do SDQ.....	31
TABELA 4 – Resultado do SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Amplo.....	32
TABELA 5 – Frequência dos Subtipos do TDAH, segundo o SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Amplo.....	32
TABELA 6 – Resultado do Prejuízo causado pelo TDAH.....	33
TABELA 7 – Resultado do SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Restrito.....	33
TABELA 8 – Frequência dos Subtipos do TDAH, segundo o SNAP-IV(modificado) para o TDAH-Restrito.....	33
TABELA 9 – Distribuição dos Subtipos do TDAH por Gênero, segundo o SNAP-IV (modificado).....	34
TABELA 10 – Correlação do SDQ e SNAP-IV (modificado) com Idade e Escolaridade.....	35
TABELA 11 – Correlação entre o SNAP-IV (modificado) com suas Subescalas.....	36
TABELA 12 – Correlação entre as Subescalas do SNAP-IV (modificado) com a Escala do SDQ.....	37
TABELA 13 – Correlação entre as Subescalas do SDQ.....	37
TABELA 14 – Comparação das Escalas do SDQ com o TDAH-Amplo.....	38
TABELA 15 – Comparação das Escalas do SDQ com o TDAH-Restrito.....	39
TABELA 16 – Comparação do TDAH-Amplo com o SDQ.....	40
TABELA 17 – Detecção e Percepções de Saúde – Visão dos Pais.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Total de Dificuldades.....	42
GRÁFICO 2 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Sintomas Emocionais.....	43
GRÁFICO 3 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Problemas de Conduta.....	44
GRÁFICO 4 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Hiperatividade.....	45
GRÁFICO 5 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas.....	46
GRÁFICO 6 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Comportamento Pró-social.....	47
GRÁFICO 7 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SNAP-IV – TOD (Transtorno Opositivo Desafiador).....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Características Clínicas.....	18
2.2 Prevalência.....	21
2.3 Comorbidades do TDAH.....	22
2.4 O tratamento.....	23
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 SUJEITOS E MÉTODOS.....	26
4.1 Aspectos éticos.....	26
4.2 Delineamento da pesquisa.....	26
4.3 Sujeitos.....	26
4.3.1 Critérios de inclusão.....	26
4.3.2 Critérios de exclusão.....	27
4.4 Procedimentos.....	27
4.4.1 Instrumento de avaliação.....	27
4.5 Análise estatística.....	29
5 RESULTADOS.....	30
5.1 Caracterização da amostra.....	30
5.2 Resultado do SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de capacidades e dificuldades).....	30
5.3 Descrição do SNAP – Swanson, Nolan and Pelham Scale – versão IV (modificado).....	31
5.4 Descrição do SNAP-IV (modificado) com relação aos sintomas e prejuízos causados pelo TDAH.....	32

5.5 Análise descritiva complementar.....	48
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
7 CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	56
ANEXOS E APÊNDICES.....	58

1 INTRODUÇÃO

As primeiras informações sobre os transtornos hipercinéticos surgiram na literatura médica na metade do século XIX. Desde então, sua nomenclatura vem sofrendo várias alterações. Na década de 40, ficou conhecido como “Lesão Cerebral Mínima”. Depois, em 1962, foi modificado para “Disfunção Cerebral Mínima”, “reconhecendo-se que as alterações características da síndrome relacionam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas” (ROHDE & cols., 2000). A partir de 1994, com a revisão do DSM-IV passam a ser conhecidos como “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (TDAH), introduzindo os subtipos: desatento, hiperativo/impulsivo e combinado.

Os termos classificatórios do transtorno, apresentam mais semelhanças do que diferenças, na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição) e no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 4ª edição), apesar de receberem nomenclaturas diferentes (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade no DSM-IV e Transtorno Hipercinético na CID-10).

Os sintomas do transtorno caracterizam-se por desatenção, hiperatividade e impulsividade, e os portadores com predomínio dos sintomas de hiperatividade/impulsividade são facilmente reconhecidos nas escolas, em casa, e nos consultórios médicos. Já os portadores com predomínio de sintomas de desatenção têm uma frequência maior no sexo feminino, e não são tão facilmente reconhecidos. Existem evidências de que tais estudantes têm maiores problemas no acesso de informações da memória. Além disso, essas crianças são descritas pelos pais e professores como mais lentas do que seus colegas sem TDAH ou com TDAH de outro subtipo (MCBURNETT; PFIFFNER; FRICK, 2001).

A escola e o TDAH têm uma relação peculiar. É, geralmente, quando a criança entra na escola, ou seja, na fase de alfabetização, que os primeiros sintomas tornam-se evidentes, sendo tal “transtorno apontado como a principal causa de encaminhamentos de crianças e adolescentes a serviços especializados” (ROHDE & MATTOS et al., 2003, p. 12).

Este trabalho tem como objetivo pesquisar a frequência do TDAH e os problemas psicológicos associados, em crianças e adolescentes de uma Escola da Rede Municipal da cidade de João Monlevade, Minas Gerais.

Participaram do estudo oitenta e dois (82) alunos do Ensino Fundamental (2º ao 8º Ano), com idade de 6 a 14 anos, de ambos os sexos, independente de raça, religião e nível socioeconômico.

Para este estudo foram levantadas as seguintes hipóteses:

- Há hiperdiagnósticos do TDAH em alunos que não preenchem critérios para o transtorno.
- Há um excesso na prescrição de psicoestimulantes para as crianças e adolescentes.

Para investigar tais hipóteses, foi conduzido inicialmente um estudo bibliográfico com base nos textos dos autores mais renomados sobre o TDAH. Essa revisão da literatura é apresentada no **Capítulo 2**, Características Clínicas; Prevalência; Comorbidades do TDAH e O Tratamento.

No **Capítulo 3**, apresentam-se os **Objetivos**.

No **Capítulo 4**, a abordagem é sobre os **Sujeitos e Métodos**: Aspectos éticos; Delineamento da pesquisa; Sujeitos; Procedimentos e Análise estatística.

No **Capítulo 5**, são mostrados os **Resultados**: Caracterização da amostra; Resultado do SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire; Descrição do SNAP – Swanson, Nolan and Pelham Scale – Versão IV (modificado); Descrição do SNAP – IV (modificado) com relação aos sintomas e prejuízos causados pelo TDAH e Análise descritiva complementar.

Por fim, serão apresentadas a **Discussão dos Resultados e a Conclusão**, nas quais serão abordados pontos conclusivos destacados pela pesquisa.

Este trabalho se justifica pela relevância de identificar se alunos que não preenchem critérios para o TDAH, estão recebendo diagnóstico e tratamento desnecessariamente. O estudo também contribuirá para a instituição pesquisada, uma vez que, rastreado os sintomas do TDAH o aluno será encaminhado para receber um tratamento adequado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Características Clínicas

O diagnóstico do TDAH é clínico, baseado nos critérios do DSM-IV (Anexo A) e na CID-10, sendo, também, importante observar: a duração, a frequência e a intensidade dos sintomas; a recorrência em vários locais; o prejuízo que acarreta na vida dos portadores, e as comorbidades que acompanham.

Estudos revelam que o “TDAH é considerado um dos transtornos mais bem pesquisados e com validade à maioria dos transtornos mentais e de muitas condições médicas, segundo a Associação Médica Americana” (GOLDMAN et al., apud ROHDE et al., 2003).

De acordo com o DSM-IV, caracteriza-se por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais grave e frequente do que o observado nos indivíduos da mesma faixa etária. Os sintomas do TDAH devem surgir antes dos sete anos de idade, causar prejuízo e desajuste claro, evidente e significativo nas funções sociais, acadêmicas ou ocupacionais, estar presente em pelo menos dois ambientes e apresentar duração de pelo menos seis meses. Durante a anamnese, os sintomas não podem ser mais bem explicados por um transtorno global do desenvolvimento, por esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, ou por outro transtorno mental (p.ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade).

Quanto à classificação, o TDAH pode se manifestar em três “subtipos”, com um padrão predominantemente desatento (se apresenta seis ou mais sintomas de desatenção), ou predominantemente hiperativo/impulsivo (se apresenta seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade), ou ainda o tipo combinado (quando apresenta seis ou mais sintomas de ambos).

A quinta edição do DSM (2013), prevê a revisão da idade de início dos sintomas do TDAH, a extinção dos “subtipos”, a adaptação dos critérios de diagnósticos em adultos e a atualização da lista de comorbidades. O novo DSM-V traz a opção de TDAH com Remissão Parcial, que deve ser empregado naqueles casos onde houve diagnóstico pleno de TDAH anteriormente (isto é, de acordo com todos os critérios), porém com um menor número de sintomas atuais. Uma outra

novidade da quinta edição é a possibilidade de se classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo. (ROHDE, L. A., 2013).

Na vida escolar, os prejuízos são altos. Os portadores do TDAH, apresentam dificuldades de aprendizagem, com grandes índices de repetências e evasão escolar, além dos problemas de indisciplinas, de relacionamentos com colegas e professores. Os portadores sofrem rejeições interpessoais, que podem levá-los a agressividades, isolamentos, rejeições dos grupos e delinquências (CARROLL et al., 2005; ROHDE et al., 1999).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com esse sintoma têm dificuldade em prestar atenção a detalhes e cometem erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas. O trabalho frequentemente é confuso e inacabado. Eles distraem facilmente com estímulos externos e dão a impressão de estar com a mente em outro local, ou de não escutar o que lhe foi dito.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou mexer com as mãos ou os pés ou se remexer constantemente na cadeira, por não permanecer sentado quando deveria, por correr ou subir excessivamente em locais inapropriados, por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades lúdicas, por frequentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de energia" ou por falar em excesso. A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas.

A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas, dificuldade para aguardar sua vez e interrupção frequente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais; agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar. Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Ainda a impulsividade pode levar a acidentes e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis consequências. Os sinais desse transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um novo contexto, em atividades de alto valor de interesse, em uma situação a dois ou enquanto recebe recompensas frequentes por um comportamento apropriado.

Crianças e adolescentes com TDAH têm dificuldade de atenção e em vários domínios neuropsicológicos, como “resolução de problemas, planejamento, orientação, flexibilidade cognitiva, atenção sustentada, a inibição de resposta e memória visual” (AUGUSTIJN, 2008).

As manifestações comportamentais desse transtorno geralmente aparecem em vários contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos. É muito difícil um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Alunos com o transtorno, muitas vezes, são “rotulados” como indisciplinados, preguiçosos, irresponsáveis e até pouco inteligentes.

De acordo com Rohde e colaboradores (2000) “no diagnóstico diferencial do transtorno, é preciso descartar a presença de retardo mental, visto que essa patologia pode causar problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade”.

Para auxiliar no diagnóstico, existem vários testes e escalas disponíveis para ser preenchidos por pais e professores. Entre as escalas oficiais (validadas) para crianças existem a CRS-R (Conner’s Parent and Checklist-Parent and Teacher versions), SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades), e a mais utilizada a SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham – versão IV).

Entretanto, é relevante ressaltar que nem todos os indivíduos preenchem todos os critérios de uma escala, mas mais importante que preencher critérios de questionários, é identificar o quanto de prejuízo trazem para a vida desses indivíduos. Os questionários são apenas para rastreio, não diagnóstico. Um indivíduo pode ser positivo num rastreio e não ter o transtorno. Então, é muito importante que se faça uma avaliação cuidadosa, para não subdiagnosticar ou hiperdiagnosticar o transtorno (TDAH).

2.2 Prevalência

O TDAH tem alta prevalência em crianças e adolescentes, pois estima-se que 3% a 7% das crianças norte-americanas com idade escolar apresentem o transtorno (GOLDMAN et al., 2002). No Brasil, alguns estudos com crianças em idade escolar corroboram estes índices (GUARDIOLA et al., 1999; ROHDE et al., 1998; SOUZA et al., 2001; FREIRE et al., 2005).

Estudo recente divulgou que a taxa estimada de prevalência mundial em crianças e adolescentes foi de 5,29% (POLANCZYK, 2007) e no Brasil, de 5,8% (ROHDE et al., 1999). Desse modo, as taxas de prevalências do TDAH podem variar conforme os critérios utilizados para sua avaliação.

Outros estudos de prevalência encontraram maiores taxas em meninos de 9,2%, enquanto que nas meninas foi de 3,4% (BROWN et al., 2001), sugerindo que o TDAH é subdiagnosticado nas meninas e hiperdiagnosticado nos meninos.

Nas últimas décadas tem se falado muito sobre o TDAH, principalmente nos meios de comunicação, isso tem acarretado um “modismo”, fazendo com que o transtorno seja hiperdiagnosticado nas crianças e adolescentes. Por outro lado, mesmo com tantas informações referentes ao transtorno, ainda existem pessoas que o desconhecem, ou que não acreditam que ele exista, levando os portadores a um subdiagnóstico e, conseqüentemente a um subtratamento do TDAH.

2.3 Comorbidades do TDAH

Comorbidade é um termo usado para descrever a ocorrência simultânea de dois ou mais problemas de saúde em um mesmo indivíduo. Esse é um fenômeno frequente na prática médica, e sua identificação é um fator importante que afeta tanto o prognóstico dos portadores como o seu tratamento.

O TDAH é um transtorno que dificilmente aparece isolado, pode vir acompanhado de outros distúrbios que chamamos de Comorbidades. A presença de comorbidades pode “mascarar” o quadro do TDAH, e dificultar ainda mais o tratamento, por isso é importante que se faça um diagnóstico bem apurado.

Diante disso, as comorbidades mais comuns entre crianças e adolescentes incluem o Transtorno Desafiador de Oposição, os Transtornos de Conduta, de Ansiedade e do Humor (BIEDERMAN et al., 2008).

Há ainda as comorbidades denominadas como mais frequentes e menos frequentes ao TDAH.

Dentre as mais frequentes estão: Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), prevalência 30% a 65% (RIESGO, 2006); Transtorno de Conduta (TC), prevalência 30% a 50% (BIEDERMAN et al., 1991); Transtorno de Ansiedade (TA), prevalência 25% (SAMPAIO et al., 2005); Transtorno de Humor Bipolar (THB), prevalência 10% (RIESGO, 2006); Transtorno Depressivo Maior (TDM), prevalência 15% a 75% (RIESGO, 2006).

As menos frequentes são: Transtorno do uso de Substâncias (TUS), prevalência 9% a 40% (BROW, 2000); Transtorno de Aprendizagem, prevalência 20% a 30% (BARKLEY, 2002); Transtorno de Tiques e Tourette, prevalência 3,5% a 17% (RIESGO, 2006); Transtorno do Ciclo do Sono, prevalência 30% (SOUZA et al., 2003); Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), prevalência 11% (RIESGO, 2006).

Vale ressaltar que durante a idade das crianças e/ou adolescentes pode haver uma variação de comorbidades, com o desaparecimento de umas e o surgimento de outras. Há algumas comorbidades que só surgem em determinadas etapas da vida, como na adolescência.

2.4 O tratamento

O tratamento do TDAH varia conforme a sua necessidade, podendo ser utilizada terapias e intervenções psicofarmacológicas.

O tratamento medicamentoso (psicoestimulantes ou antidepressivos) reflete importante diminuição dos sintomas e dos prejuízos causados pelo transtorno, como melhora no desempenho escolar, autoestima e funcionamento familiar.

A terapia mais usada é a “cognitivo-comportamental”, que busca um controle consciente e uma mudança de comportamento via reforçamento educativo, e de orientações, ou melhor, “treinamento” da família e da escola.

Goldstein & Goldstein (1996) consideram que o papel dos pais é fundamental no tratamento, pois o treinamento deles consiste em técnicas para desenvolver aptidões que trabalham a capacidade da criança com o TDAH de lidar com o mundo e melhoram a capacidade dos pais de compreender e manejar os problemas dos seus filhos.

Além do treinamento dos pais, as intervenções no âmbito escolar também são importantes, pois é preciso ter como foco o desempenho escolar das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, o ideal é que, os professores devam ser orientados para a necessidade de uma sala de aula bem estruturada e com poucos alunos.

De acordo com Goldstein & Goldstein (1996), cerca de 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas, que interferem na sua capacidade de aprender. Do total de crianças indicadas para os serviços de educação especial e de centros de saúde mental, 40% são portadores de TDAH.

Portanto, estas crianças têm grandes dificuldades de ajustamento diante das demandas escolares.

O comportamento do professor perante a criança com diagnóstico do TDAH influencia o sucesso do tratamento.

Segundo Barkley (2002) os professores geralmente respondem aos problemas desafiadores exibidos pelas crianças portadoras do TDAH, passando a ser mais controladores e autoritários com elas. Com o tempo suas frustrações com tais crianças podem torná-los ainda mais negativos em suas interações.

O uso de estimulantes em crianças é considerado um marco histórico da psicofarmacologia infantil. Surge com relatos de Charles Bradley, em 1937, sobre

efeitos terapêuticos da anfetamina no tratamento de crianças com alterações no comportamento (CORREIA et al., 2003).

O Metilfenidato (Ritalina) ainda é a medicação de primeira escolha e com maior comprovação de eficácia no tratamento do TDAH.

Esse psicofármaco, usado no TDAH, intervém no metabolismo dos neurotransmissores, estimulando partes do cérebro responsáveis pela inibição e pelo autocontrole do comportamento, melhorando os sintomas.

Quando se trata de “subtratamento” do TDAH, este é apontado como o grande problema para o portador e para a sociedade, uma vez que, o transtorno causa muito prejuízo e pode acompanhá-lo por toda a vida.

Mas quando há casos de “hipertratamento” do TDAH e abuso de psicoestimulantes, estes passam a ser vistos como problema de saúde pública.

Atualmente tem se falado muito na mídia brasileira sobre o “hipertratamento” do TDAH, e que um número excessivo de crianças e adolescentes estariam sendo tratados com estimulantes, mas tais informações não se confirmam diante de estudo recente, onde foi observado que o número real é provavelmente ainda menor, ou seja, o TDAH ainda é “subtratado” no Brasil (MATTOS et al., 2012).

Ao se observar o “sub” e o “hiper” tratamento, infere-se que os especialistas devem coletar mais informações sobre o transtorno a fim de se evitar falsos diagnósticos.

Assim, quanto ao TDAH, não havendo uma causa definida, e sim várias possíveis causas, coloca-se em questão o tratamento, pois, afinal, como tratar eficazmente o que se desconhece? Essa pergunta polemiza e diversifica formas de investigação e de tratamento. O que levaria à constante busca de novas possibilidades diagnósticas e, conseqüentemente a tratamentos mais adequados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Pesquisar a frequência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os problemas psicológicos associados em crianças e adolescentes de uma Escola da Rede Municipal da cidade de João Monlevade, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar o número de alunos da escola que apresentam diagnóstico prévio de TDAH.
- Verificar o número de alunos da escola que fazem tratamento medicamentoso para TDAH.
- Estimar a frequência do TDAH de acordo com o SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham Scale – versão IV) modificado.
- Identificar a frequência de problemas psicológicos associados ao TDAH de acordo com o SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire).
- Analisar fatores relacionados ao TDAH e a problemas psicológicos.

4 SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

Inicialmente, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (ETIC 0006.0.203.000-11).

A pesquisa foi realizada com crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, cursando do 2º ao 8ºano de uma Escola da Rede Municipal da cidade de João Monlevade, Minas Gerais. Os pais e/ou responsáveis preencheram alguns questionários (Anexos B, C e D) e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo E).

4.2 Delineamento da pesquisa

O método escolhido para a investigação foi a pesquisa quantitativa com delineamento transversal, na qual se realizou um levantamento de quantos alunos da escola eram portadores do TDAH e faziam uso de medicamentos para o comportamento.

4.3 Sujeitos

A pesquisa foi realizada com 82 alunos, sendo 40 meninas e 42 meninos, cursando do 2º ao 8ºano do Ensino Fundamental. No estudo, foram incluídos alunos de 6 a 14 anos, ou seja, crianças e adolescentes de ambos os sexos, independente de raça, religião e nível socioeconômico.

4.3.1 Critérios de inclusão

Para serem incluídos no estudo, os pais e/ou responsáveis preencheram os questionários SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham Scale – versão IV) modificado e o SDQ-Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades) sobre os sintomas do TDAH e problemas psicológicos associados,

referentes ao seu filho(a) e um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo E).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pais e/ou responsáveis não alfabetizados e os alunos identificados com outras doenças psiquiátricas e/ou neurológicas graves (ex: esquizofrenia, acidente vascular encefálico, epilepsia, etc.).

4.4 Procedimentos

Os procedimentos da metodologia de investigação tiveram início com o convite feito aos pais dos alunos e/ou responsáveis, durante reunião pedagógica na escola, quando foram solicitados a participarem da pesquisa. Aqueles que aceitaram o convite levaram para casa dois questionários: SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham Scale – versão IV) modificado e o SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) para preencher.

4.4.1 Instrumento de avaliação

Para este estudo foram utilizadas duas Escalas Psicométricas: o SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham – versão IV) e o SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

- SNAP-IV. A Escala SNAP-IV foi construída a partir do Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria, publicado em 1994, para avaliação dos sintomas do TDAH em crianças e adolescentes. Pode ser preenchida por pais e professores. O questionário é útil para avaliar apenas o primeiro dos critérios (critério A). A pontuação é a seguinte: Nada=0, Apenas um Pouco=1, Bastante=2, e Demais=3. O escore calcula-se somando os pontos e dividindo pelo n^o. de quesitos. O ponto de corte é estabelecido a partir de estudos populacionais de normatização do instrumento, os quais inexistem no Brasil. Alternativamente, pode-se também considerar como positivas as respostas marcadas como “Bastante” ou “Demais” e como negativas as marcadas abaixo disso. Se existem pelo menos 6 itens marcados como “Bastante” ou “Demais”

de 1 a 9, existem mais sintomas de Desatenção; de 10 a 18, existem mais sintomas de Hiperatividade/Impulsividade.

Para os objetivos desta pesquisa, o SNAP-IV sofreu o acréscimo de algumas perguntas que completam os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Ao questionário SNAP-IV foram adicionadas as seguintes perguntas:

1. Os sintomas acima descritos trazem algum tipo de prejuízo (ex: familiar, social, escolar) para o seu filho(a)?
2. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízos estavam presentes antes dos sete anos de idade?
3. Seu filho(a) possui algum problema de saúde ou psicológico?
4. Seu filho(a) está fazendo uso de algum medicamento?

Consideramos a Escala do SNAP-IV (modificado) como positiva quando a criança e/ou adolescente pontuou nas alternativas “bastante ou demais” em pelo menos 6 (seis) sintomas de uma das subescalas. Denominamos como TDAH-Amplo os casos em que apenas a pontuação da escala foi atingida, sem que os outros critérios diagnósticos fossem considerados. Denominamos como TDAH-Restrito quando as crianças e/ou adolescentes, além de pontuar igual ou acima de 6 nas alternativas “bastante ou demais” das subescalas de Desatenção e/ou Hiperatividade/Impulsividade do SNAP-IV (modificado), também tinham sintomas que trouxessem prejuízo e que tivessem seu início antes dos 7 anos de idade.

- SDQ. A Escala do SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades) foi elaborada por Goodman (1997). Ela serve para rastrear problemas de saúde mental, aplicável a crianças e adolescentes com idade de 4 aos 16 anos. É constituída de 25 itens divididos em cinco subescalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas, Comportamento Pró-social, com cinco itens em cada subescala. Geralmente, é mais fácil analisar as 5 escalas antes de calcular a pontuação Total de Dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: “Falso”, “Mais ou Menos Verdadeiro” e “Verdadeiro”. A opção “Mais ou Menos Verdadeiro” é sempre calculada como 1. Cada uma das outras duas opções pode ser calculada com 0 ou 2 pontos. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 a 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido

respondidos. A Pontuação Total de Dificuldades é obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com exceção da escala Comportamento Pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto o Comportamento Pró-social, esteja ausente). A interpretação dos resultados preenchidos pelos pais: Pontuação Total de Dificuldades (0 a 13 – Normal=0; 14 a 16 – Limítrofe=1; 17 a 40 – Anormal=2); Pontuação dos Sintomas Emocionais (0 a 3 – Normal; 4 – Limítrofe; 5 a 10 – Anormal); Pontuação de Problemas de Conduta (0 a 2 – Normal; 3 – Limítrofe; 4 a 10 – Anormal); Pontuação para Hiperatividade (0 a 5 – Normal; 6 – Limítrofe; 7 a 10 – Anormal); Pontuação para Problemas com Colegas (0 a 2 – Normal; 3 – Limítrofe; 4 a 10 – Anormal); Pontuação para Comportamento Pró-social (6 a 10 – Normal; 5 – Limítrofe; 0 a 4 – Anormal).

4.5 Análise estatística

Os dados foram descritos e analisados por meio de provas estatísticas que oportunizaram a obtenção de frequência, comparação de médias e desvio padrão, e análise de correlação, com apoio do programa de estatística SPSS e com auxílio da planilha do Excel.

Os testes utilizados foram: não-paramétricos de Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn, e o Teste de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Os participantes da pesquisa são alunos do 2º ao 8º ano do Ensino Fundamental, com idade de 6 a 14 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros (Tabela 1).

TABELA 1 – Comparação entre Gêneros

Gênero	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Feminino	40	48,8
Masculino	42	51,2
Total	82	100,0

5.2 Resultado do SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades)

Os resultados mostraram que a maioria dos alunos obteve valores dentro do normal, quer na Pontuação Total de Dificuldades, quer nas restantes Subescalas. A Escala de Sintomas Emocionais foi a que apresentou menor frequência absoluta do valor Normal e maior frequência absoluta do valor Limítrofe. Já a Escala de Comportamento Pró-Social foi a escala em que se registrou a maior percentagem de valores Normais (Tabela 2).

TABELA 2 – Frequência do Total de Dificuldades e Subescalas, segundo o SDQ

Avaliativo	Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem*
Total de Dificuldades	Normal	51	62,2
	Limítrofe	11	13,4
	Anormal	20	24,4
Sintomas Emocionais	Normal	37	45,1
	Limítrofe	16	19,5
	Anormal	29	35,4
Problemas de Conduta	Normal	51	62,2
	Limítrofe	11	13,4
	Anormal	20	24,4

Avaliativo	Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem*
Hiperatividade	Normal	61	74,4
	Limítrofe	5	6,1
	Anormal	16	19,5
Problemas de Relacionamento com Colegas	Normal	59	72
	Limítrofe	7	8,5
	Anormal	16	19,5
Comportamento Pró-Social	Normal	76	92,6
	Limítrofe	3	3,7
	Anormal	3	3,7

Nota: *Amostragem= 82 alunos.

*SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

Na análise comparativa entre gêneros, segundo as Escalas do SDQ, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Há de se observar que nas escalas Sintomas Emocionais e de Comportamento Pró-Social, o gênero feminino apresentou maior média; já na escala de Hiperatividade foi o gênero masculino (Tabela 3).

TABELA3 – Comparação entre Gêneros nas Escalas do SDQ

Escala - SDQ	Gênero	N	Média	Desvio-padrão	Valor p *
SDQ-Total de Dificuldades (Exceto escala de Sociabilidade)	Feminino	40	11,05	7,390	0,355
	Masculino	42	12,26	7,068	
SDQ-Sintomas Emocionais	Feminino	40	4,15	2,713	0,351
	Masculino	42	3,55	2,559	
SDQ-Problemas de Conduta	Feminino	40	1,88	2,002	0,097
	Masculino	42	2,55	2,051	
SDQ-Hiperatividade	Feminino	40	3,25	2,762	0,206
	Masculino	42	4,07	2,950	
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	Feminino	40	1,78	2,019	0,196
	Masculino	42	2,21	1,920	
SDQ-Comportamento Pró-Social	Feminino	40	8,88	1,285	0,028
	Masculino	42	7,95	2,024	

Nota: * Valor p obtido por Teste Estatístico de Mann-Whitney U. $\alpha=0,05$.

*SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

5.3 Descrição do SNAP – Swanson, Nolan and Pelham Scale– versão IV (modificado)

A Tabela 4 mostra que 17 (20,7%) dos alunos tiveram escore positivo acima de 6, na Escala do SNAP-IV Sintomas de Desatenção e/ou SNAP-IV Sintomas de Hiperatividade/Impulsividade.

TABELA 4 – Resultado do SNAP-IV(modificado) para o TDAH-Amplo

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Não	65	79,3
Sim	17	20,7
Total	82	100,0

Nota: *SNAP – Swanson, Nolan and Pelham Scale – versão IV (modificado).

**TDAH-Amplo – crianças e/ou adolescentes têm que pontuar nas alternativas “bastante ou demais” em no mínimo 6 (seis) sintomas dos subtipos de desatenção e ou Hiperatividade/impulsividade do SNAP-IV (modificado).

Na Tabela 5, pode-se observar que para o TDAH-Amplo, 6 (7,3%) dos alunos apresentaram sintomas do subtipo Desatento, 5 (6,1%) sintomas do subtipo Hiperativo e 6 (7,3%) sintomas do subtipo Combinado.

TABELA 5 – Frequência dos Subtipos do TDAH, segundo o SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Amplo

Subtipos do TDAH	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Nenhum	65	79,3
Desatento	6	7,3
Hiperativo	5	6,1
Combinado	6	7,3
Total	82	100,0

5.4 Descrição do SNAP-IV (modificado) com relação aos sintomas e prejuízos causados pelo TDAH

Na Tabela 6, observa-se que 24 (29,3%) dos alunos apresentaram algum tipo de prejuízo causado pelo TDAH, ou seja, Qualquer Prejuízo (familiar, social e escolar) e que 19 (23,2%) dos alunos apresentaram prejuízos antes do 7 anos de idade.

TABELA 6 – Resultado do Prejuízo causado pelo TDAH

Prejuízo	Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Familiar	Não	69	84,1
	Sim	13	15,9
Social	Não	73	89,0
	Sim	9	11,0
Escolar	Não	69	84,1
	Sim	13	15,9
**Qualquer Prejuízo	Não	58	70,7
	Sim	24	29,3
Antes do 7 anos de Idade	Não	63	76,8
	Sim	19	23,2

Nota: *Amostragem= 82 alunos.

**Qualquer Prejuízo (Familiar, Social e Escolar).

Observa-se na Tabela 7, que 7 (8,5%) dos alunos apresentaram TDAH-Restrito, ou seja, tiveram escore positivo na Escala do SNAP-IV Sintomas de Desatenção e/ou SNAP-IV Sintomas de Hiperatividade/Impulsividade acima de 6 e com início antes dos 7 anos de idade e prejuízos.

TABELA 7 – Resultado do SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Restrito

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Não	75	91,5
Sim	7	8,5
Total	82	100,0

Nota: *TDAH-Restrito – além de preencher os critérios do TDAH-Amplo, também preenchem os critérios de idade e prejuízo. Sendo: idade – devem surgir antes dos 7 (sete) anos e, prejuízo – familiar, social e escolar na Escala do SNAP-IV (modificado), (Não=0 e Sim=1).

Na Tabela 8, pode-se observar que para o TDAH-Restrito, 3 (3,7%) dos alunos apresentaram sintomas do subtipo Desatento, 2 (2,4%) sintomas do subtipo Hiperativo e 2 (2,4%) sintomas do subtipo Combinado.

TABELA 8 – Frequência dos Subtipos do TDAH, segundo o SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Restrito

Subtipos do TDAH	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Nenhum	75	91,5
Desatento	3	3,7
Hiperativo	2	2,4
Combinado	2	2,4

Subtipos do TDAH	Frequência Absoluta (n)	Porcentagem
Total	82	100,0

A Tabela 9 mostra que em todos os Subtipos do TDAH, segundo o SNAP-IV (modificado), o gênero masculino apresentou maior média. Para análise dos resultados, foi utilizado o Teste Estatístico de Mann-Whitney U, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, pois os “valores de p” foram maiores que o nível de significância $\alpha=0,05$.

TABELA 9 – Distribuição dos Subtipos do TDAH por Gênero, segundo o SNAP-IV (modificado)

Subtipos do TDAH	Gênero	N	Média	Desvio-padrão	Valor p *
SNAP-IV-Desatenção	Feminino	40	1,80	2,472	0,569
	Masculino	42	2,14	3,089	
SNAP-IV-Hiperatividade	Feminino	40	1,73	2,481	0,288
	Masculino	42	2,02	2,618	
SNAP-IV-TDAH-Combinado	Feminino	40	3,53	4,362	0,279
	Masculino	42	4,17	5,455	
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	Feminino	40	1,25	2,133	0,685
	Masculino	42	1,36	2,184	
SNAP-IV- Externalizante	Feminino	40	8,30	10,309	0,270
	Masculino	42	9,69	12,845	

Nota: *Valor p obtido por Teste Estatístico de Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$.

A Tabela 10 mostra que não houve correlação de Idade e Escolaridade com o SDQ, porém houve correlação inversa entre Ano (série) e TDAH-Sintomas de Hiperatividade e uma “tendência” à significância estatística de Ano (série) e TDAH-Combinado, bem como Ano (série) e SNAP-IV – Externalizante (TDAH+TOD) se correlacionarem inversamente.

TABELA 10 – Correlação do SDQ e SNAP-IV (modificado) com Idade e Escolaridade

SDQ e SNAP-IV (modificado)		Idade	Ano
Idade	Coeficiente de correlação	1,000	0,960
	Sig. (2-tailed)	.	<0,001
	N	82	82
Ano	Coeficiente de correlação	0,960	1,000
	Sig. (2-tailed)	<0,001	.
	N	82	82
SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de sociabilidade)	Coeficiente de correlação	-0,099	-0,164
	Sig. (2-tailed)	0,374	0,142
	N	82	82
SDQ-Sintomas Emocionais	Coeficiente de correlação	-0,175	-0,185
	Sig. (2-tailed)	0,117	0,097
	N	82	82
SDQ-Problemas de Conduta	Coeficiente de correlação	-0,103	-0,160
	Sig. (2-tailed)	0,359	0,151
	N	82	82
SDQ-Hiperatividade	Coeficiente de correlação	-0,103	-0,159
	Sig. (2-tailed)	0,355	0,153
	N	82	82
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	Coeficiente de correlação	0,112	0,054
	Sig. (2-tailed)	0,317	0,630
	N	82	82
SDQ-Comportamento Pró-social	Coeficiente de correlação	-0,230	-0,152
	Sig. (2-tailed)	0,038	0,172
	N	82	82
SNAP-IV-Desatenção	Coeficiente de correlação	-0,092	-0,123
	Sig. (2-tailed)	0,412	0,272
	N	82	82
SNAP-IV-Hiperatividade	Coeficiente de correlação	-0,171	-0,240
	Sig. (2-tailed)	0,124	0,030
	N	82	82
SNAP-IV-TDAH-Combinado	Coeficiente de correlação	-0,160	-0,209
	Sig. (2-tailed)	0,152	0,060
	N	82	82
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	Coeficiente de correlação	-0,016	-0,079
	Sig. (2-tailed)	0,889	0,480
	N	82	82
SNAP-IV-Externalizante	Coeficiente de correlação	-0,135	-0,187
	Sig. (2-tailed)	0,226	0,093
	N	82	82

Nota: *Teste de Correlação de Spearman'rho. Valor $p < 0,001$, ou seja, a idade se correlaciona com o Ano (série).

Também houve uma “tendência”, ainda que fraca, dos Sintomas Emocionais do SDQ diminuírem com o aumento do nível de escolaridade.

A Tabela 11 mostra que todas as Subescalas do SNAP-IV (modificado) se correlacionam entre si, pois o nível de significância $< 0,01$.

TABELA 11 – Correlação entre o SNAP-IV (modificado) com suas Subescalas

Correlação entre o SNAP-IV (modificado) com suas Subescalas	SNAP-IV-Desatenção	SNAP-IV-Hiperatividade	SNAP-IV-TDAH-Combinado	SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	SNAP-IV-Externalizante
SNAP-IV-Desatenção	Coeficiente de Correlação Sig. (2-tailed) 1,000 .	0,698 <0,001	0,905 <0,001	0,664 <0,001	0,892 <0,001
	N	82	82	82	82
SNAP-IV-Hiperatividade	Coeficiente de Correlação Sig. (2-tailed) 0,698 <0,001	1,000 .	0,906 <0,001	0,799 <0,001	0,906 <0,001
	N	82	82	82	82
SNAP-IV-TDAH-Combinado	Coeficiente de Correlação Sig. (2-tailed) 0,905 <0,001	0,906 <0,001	1,000 .	0,757 <0,001	0,987 <0,001
	N	82	82	82	82
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	Coeficiente de Correlação Sig. (2-tailed) 0,664 <0,001	0,799 <0,001	0,757 <0,001	1,000 .	0,826 <0,001
	N	82	82	82	82
SNAP-IV-Externalizante	Coeficiente de Correlação Sig. (2-tailed) 0,892 <0,001	0,906 <0,001	0,987 <0,001	0,826 <0,001	1,000 .
	N	82	82	82	82

Nota: *Teste de Correlação de Spearman's rho.

**A Correlação é significativa ao nível 0,01 (2-tailed).

A Tabela 12 mostra que houve boa correlação entre o SNAP-IV (modificado) e todas suas Subescalas com as Escalas SDQ-(Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas). Observa-se também que a Escala SDQ-Comportamento Pró-social se correlaciona negativamente com todas as Subescalas do SNAP-IV (modificado).

TABELA12 – Correlação entre as Subescalas do SNAP-IV (modificado) com a Escala do SDQ

Correlação entre as Subescalas do SNAP-IV(modificado) com a Escala do SDQ		SNAP-IV-Desatenção	SNAP-IV-Hiperatividade	SNAP-IV-TDAH-Combinado	SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	SNAP-IV-Externalizante
SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de sociabilidade)	Coeficiente de Correlação	0,630	0,667	0,696	0,584	0,696
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	82	82	82	82	82
SDQ-Sintomas Emocionais	Coeficiente de Correlação	0,382	0,383	0,387	0,356	0,396
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
	N	82	82	82	82	82
SDQ-Problemas de Conduta	Coeficiente de Correlação	0,420	0,716	0,617	0,666	0,641
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	82	82	82	82	82
SDQ-Hiperatividade	Coeficiente de Correlação	0,692	0,707	0,762	0,536	0,744
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	82	82	82	82	82
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	Coeficiente de Correlação	0,362	0,240	0,320	0,285	0,315
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,030	0,003	0,009	0,004
	N	82	82	82	82	82
SDQ-Comportamento Pró-Social	Coeficiente de Correlação	-,320	-,309	-,358	-,282	-,368
	Sig. (2-tailed)	0,003	0,005	0,001	0,010	0,001
	N	82	82	82	82	82

Nota: * Teste de Correlação de Spearman'rho.

**SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

Observa-se na Tabela 13 que as Escalas do SDQ correlacionam positivamente entre si, com exceção da Escala SDQ-Comportamento Pró-social cuja correlação é negativa.

TABELA 13 – Correlação entre as Subescalas do SDQ

Correlação entre as Subescalas do SDQ		SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de Sociabilidade)	SDQ-Sintomas Emocionais	SDQ-Problemas de Conduta	SDQ-Hiperatividade	SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	SDQ-Comportamento Pró-Social
SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de sociabilidade)	Coeficiente de Correlação	1,000	0,775	0,763	0,786	0,642	-0,372
	Sig. (2-tailed)	.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001
	N	82	82	82	82	82	82
SDQ-Sintomas Emocionais	Coeficiente de Correlação	0,775	1,000	0,428	0,419	0,413	-0,015

Correlação entre as Subescalas do SDQ		SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de Sociabilidade)	SDQ-Sintomas Emocionais	SDQ-Problemas de Conduta	SDQ-Hiperatividade	SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	SDQ-Comportamento Pró-Social
SDQ-Sintomas Emocionais	Sig. (2-tailed)	<0,001	.	<0,001	<0,001	<0,001	0,896
	N	82	82	82	82	82	82
SDQ-Problemas de Conduta	Coeficiente de Correlação	0,763	0,428	1,000	0,615	0,363	-0,429
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	.	<0,001	0,001	<0,001
	N	82	82	82	82	82	82
SDQ-Hiperatividade	Coeficiente de Correlação	0,786	0,419	0,615	1,000	0,307	-0,370
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	.	0,005	0,001
	N	82	82	82	82	82	82
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	Coeficiente de Correlação	0,642	0,413	0,363	0,307	1,000	-0,417
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	0,001	0,005	.	<0,001
	N	82	82	82	82	82	82
SDQ-Pró-Social	Coeficiente de Correlação	-0,372	-0,015	-0,429	-0,370	-0,417	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,896	<0,001	0,001	<0,001	.
	N	82	82	82	82	82	82

Nota: *Teste de Correlação de Spearman rho. ** Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).
 ***SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

A Tabela 14 mostra que alunos com diagnóstico do TDAH-Amplo apresentaram maiores escores nas Escalas do SDQ-(Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador). Houve uma “tendência” de eles também terem escores menores na Escala de SDQ-Comportamento Pró-social.

TABELA14 – Comparação das Escalas do SDQ com o TDAH-Amplo

Escalas do SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades	TDAH-Amplo	N	Média	Desvio-padrão	Valor p *
Idade	0	58	10,22	1,901	0,254

Continua TAB. 14

Escalas do SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades	TDAH-Amplio	N	Média	Desvio- padrão	Valor p *
Idade	1	24	9,71	2,136	
Ano	0	58	5,16	1,725	0,115
	1	24	4,50	1,818	
SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de sociabilidade)	0	58	8,81	5,111	<0,001
	1	24	18,58	6,909	
SDQ-Sintomas Emocionais	0	58	3,21	2,375	0,001
	1	24	5,38	2,651	
SDQ-Problemas de Conduta	0	58	1,55	1,646	<0,001
	1	24	3,83	2,036	
SDQ-Hiperatividade	0	58	2,45	2,019	<0,001
	1	24	6,63	2,464	
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	0	58	1,69	1,903	0,010
	1	24	2,75	1,962	
SDQ-Comportamento Pró-Social	0	58	8,62	1,663	0,073
	1	24	7,88	1,895	
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	0	58	,34	,890	<0,001
	1	24	3,63	2,516	

Nota: * Teste Estatístico de Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$.

**SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

***TDAH-Amplio – crianças e/ou adolescentes têm que pontuar nas alternativas “bastante ou demais” em no mínimo 6 (seis) sintomas dos subtipos de desatenção e ou hiperatividade/impulsividade do SNAP-IV (Não=0 e Sim=1).

A Tabela 15 mostra que alunos com diagnóstico do TDAH-Restrito apresentaram maiores escores nas Escalas do SDQ (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador). Houve uma “tendência” de eles também terem escores menores na Escala de SDQ-Comportamento Pró-social.

TABELA15 – Comparação das Escalas do SDQ com o TDAH-Restrito

Escalas do SDQ**	TDAH- Restrito***	N	Média	Desvio- padrão	Valor p *
Idade	0	66	10,02	1,949	0,221
	1	16	10,31	2,120	
Ano	0	66	4,94	1,788	0,158
	1	16	5,06	1,731	
SDQ-Total de Dificuldades (exceto escala de Sociabilidade)	0	66	9,79	5,830	<0,001
	1	16	19,44	7,303	
SDQ-Sintomas Emocionais	0	66	3,48	2,519	0,058
	1	16	5,31	2,676	
SDQ-Problemas de Conduta	0	66	1,80	1,791	<0,001
	1	16	3,94	2,175	
SDQ-Hiperatividade	0	66	2,85	2,268	<0,001

Continua TAB. 15

Escalas do SDQ**	TDAH-Restrito***	N	Média	Desvio-padrão	Valor p *
SDQ-Hiperatividade	1	16	7,06	2,645	
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	0	66	1,73	1,853	0,031
SDQ-Comportamento Pró-Social	1	16	3,13	2,094	
SDQ-Comportamento Pró-Social	0	66	8,56	1,665	0,038
SDQ-Comportamento Pró-Social	1	16	7,75	2,017	
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	0	66	,55	1,098	<0,001
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	1	16	4,44	2,581	

Nota: *Teste Estatístico de Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$.

**SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

***TDAH-Restrito – além de preencher os critérios do TDAH-Amplo, também preenchem os critérios de idade de início e prejuízo. Sendo: idade – considera-se antes do 7 anos e, prejuízo – familiar, social e escolar na Escala do SNAP-IV (Não=0 e Sim=1).

Na Tabela 16 observamos que os alunos que apresentaram o Subtipo do TDAH-Amplo – Combinado obtiveram escores mais elevados nas Escalas do SDQ- (Total de Dificuldades, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e no SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador). Os alunos com o subtipo TDAH-Amplo – Hiperativo obtiveram escores mais elevados nas Escalas do SDQ-Sintomas Emocionais. Já os alunos com o Subtipo TDAH-Amplo – Desatento apresentaram escores mais elevados nas Escalas do SDQ-Comportamento Pró-Social.

TABELA 16 – Comparação do TDAH-Amplo com o SDQ

Comparação do TDAH-Amplo**** com o SDQ***		N	Média	Desvio-padrão
Idade	Nenhum	65	10,14	1,895
	Desatento	6	9,50	1,871
	Hiperativo	5	8,80	3,033
	Combinado	6	11,00	1,789
	Total	82	10,07	1,974
Ano	Nenhum	65	5,06	1,731
	Desatento	6	4,83	1,722
	Hiperativo	5	3,20	1,789
	Combinado	6	5,50	1,761
	Total	82	4,96	1,767
SDQ-Total de Dificuldades (Exceto Escala de Sociabilidade)	Nenhum	65	9,72	5,708
	Desatento	6	13,33	8,618
	Hiperativo	5	20,40	4,879
	Combinado	6	23,83	4,997
	Total	82	11,67	7,208
SDQ-Sintomas Emocionais	Nenhum	65	3,51	2,463
	Desatento	6	3,50	2,881
	Hiperativo	5	6,40	2,702
	Combinado	6	5,67	2,944
	Total	82	3,84	2,636

Comparação do TDAH-Amplo**** com o SDQ***		N	Média	Desvio-padrão
SDQ-Problemas de Conduta	Nenhum	65	1,74	1,735
	Desatento	6	2,17	1,472
	Hiperativo	5	4,60	1,673
	Combinado	6	5,50	1,761
	Total	82	2,22	2,043
SDQ-Hiperatividade	Nenhum	65	2,77	2,220
	Desatento	6	5,50	3,271
	Hiperativo	5	6,80	,447
	Combinado	6	9,00	1,095
	Total	82	3,67	2,872
SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas	Nenhum	65	1,78	1,956
	Desatento	6	2,17	2,401
	Hiperativo	5	2,60	1,517
	Combinado	6	3,67	1,366
	Total	82	2,00	1,969
SDQ-Comportamento Pró-Social	Nenhum	65	8,58	1,676
	Desatento	6	8,67	1,506
	Hiperativo	5	8,00	2,236
	Combinado	6	6,50	1,643
	Total	82	8,40	1,756
SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador	Nenhum	65	,72	1,596
	Desatento	6	2,00	1,789
	Hiperativo	5	2,20	1,483
	Combinado	6	6,17	1,722
	Total	82	1,30	2,147

Nota: *Kruskal Wallis Test ($p < 0,05$).

**Grouping Variable: TDAH-Amplo – SNAP-IV (modificado).

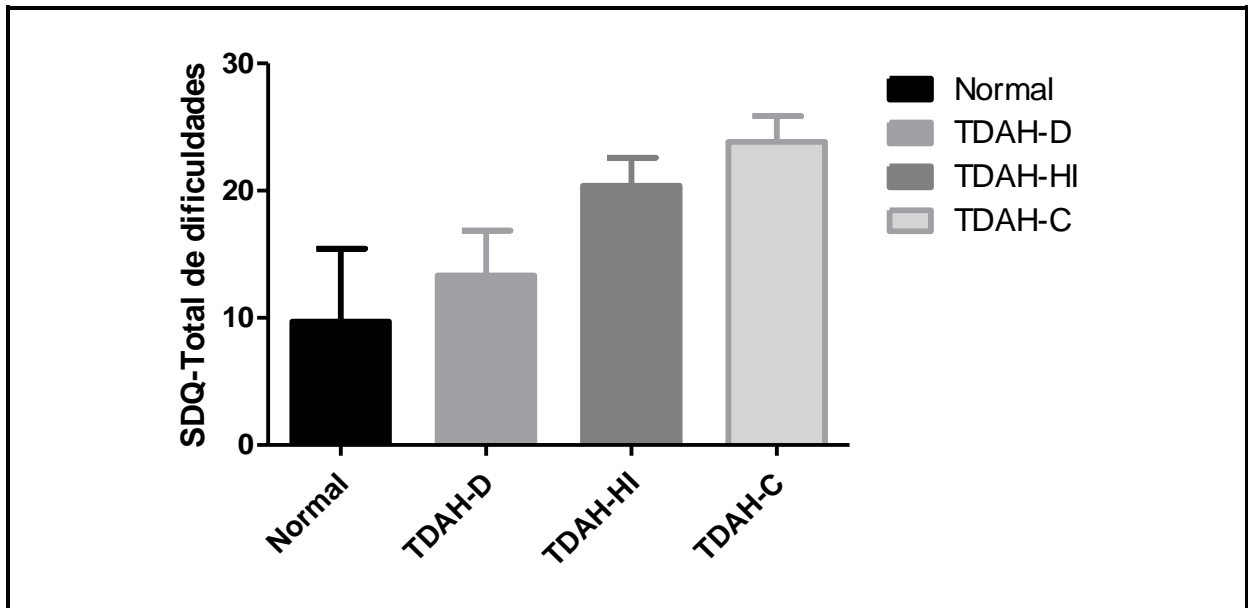
***SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades).

****TDAH-Amplo – crianças e/ou adolescentes têm que pontuar nas alternativas “bastante ou demais” em no mínimo 6 (seis) sintomas dos subtipos de desatenção e ou Hiperatividade/impulsividade do SNAP-IV (Não=0 e Sim=1).

Os gráficos abaixo expõem a correlação entre os Subtipos do TDAH-Amplo com as Escalas do SDQ, referente à análise da tabela 16.

Para a análise dos gráficos foram usados os Testes Kruskal-Wallis e Dunn's Multiple Comparison. A análise de Kruskal-Wallis mostra que há diferença significativa entre algumas variáveis, mas não esclarece onde está a diferença. A análise post-hoc de Dunn mostra onde está a diferença significativa. As barras mostram a média e o desvio-padrão.

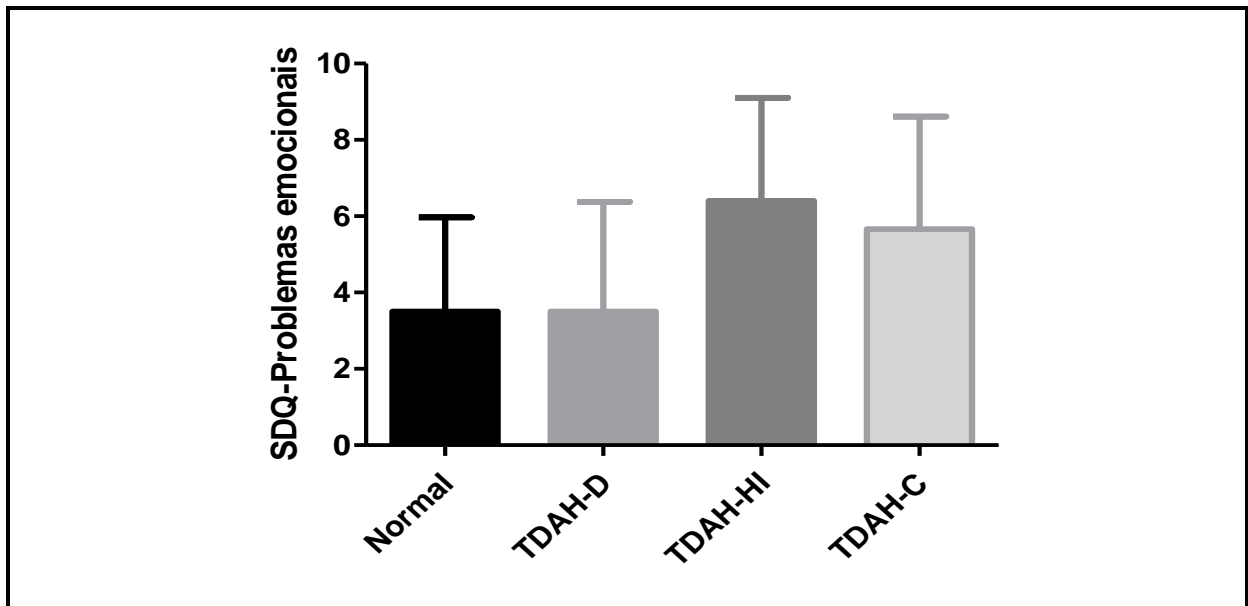
GRÁFICO 1 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Total de Dificuldades



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

Pela observação do Gráfico 1, verifica-se que a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Já a análise post-hoc de Dunn mostra que a diferença estatisticamente significativa foi entre o Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-38,62) e o Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-33,11). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-11,79), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-21,32), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-26,83) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (-5,517) não houve diferença estatisticamente significativa.

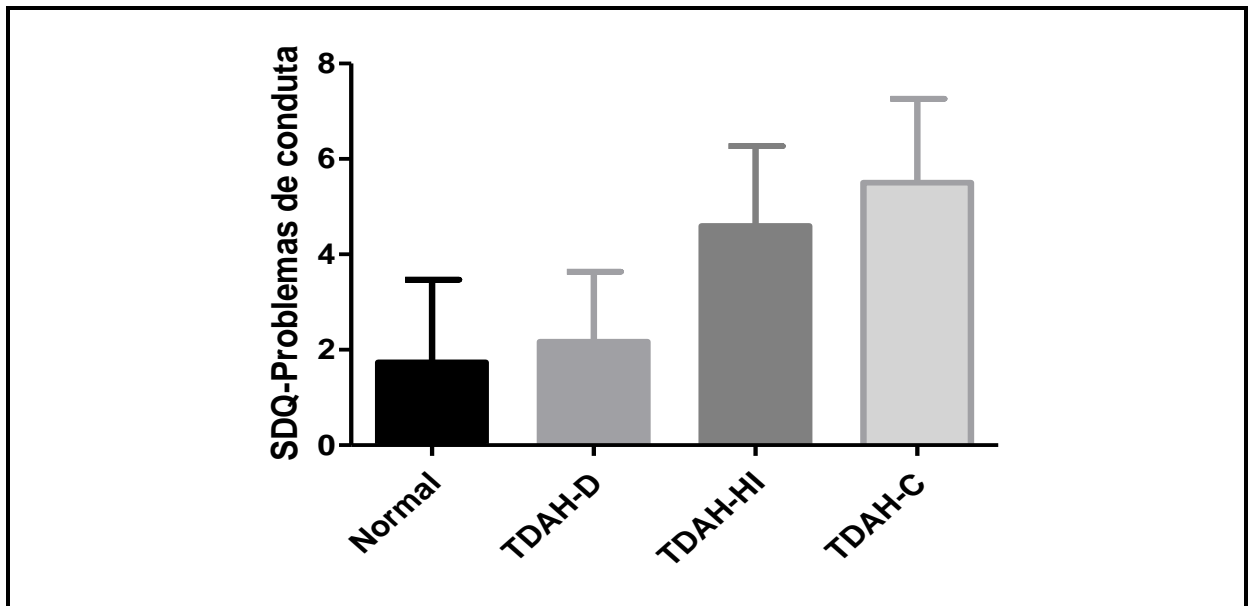
GRÁFICO 2 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Sintomas Emocionais



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

Através dos dados obtidos no Gráfico 2, observa-se que a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,0582$). Também na análise post-hoc de Dunn estas diferenças não foram estatisticamente significativas: Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (0,2538), Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-23,85), Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-17,91), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-24,10), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-18,17) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (5,933).

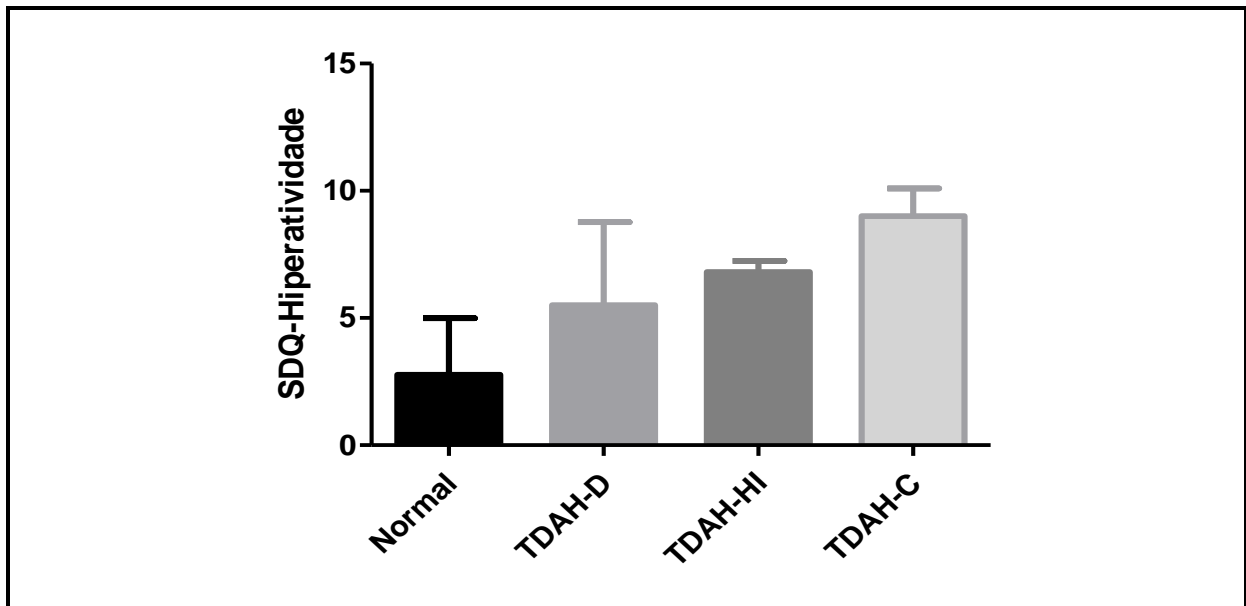
GRÁFICO 3 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Problemas de Conduta



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

A partir da observação do Gráfico 3, pode-se verificar que a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que há diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0002$). Quanto à análise post-hoc de Dunn, essas diferenças estatisticamente significativas foram entre: Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-30,91), Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-36,36), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-23,22), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-28,67). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-7,691), e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (-5,450) não houve diferença estatisticamente significativa.

GRÁFICO 4 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Hiperatividade

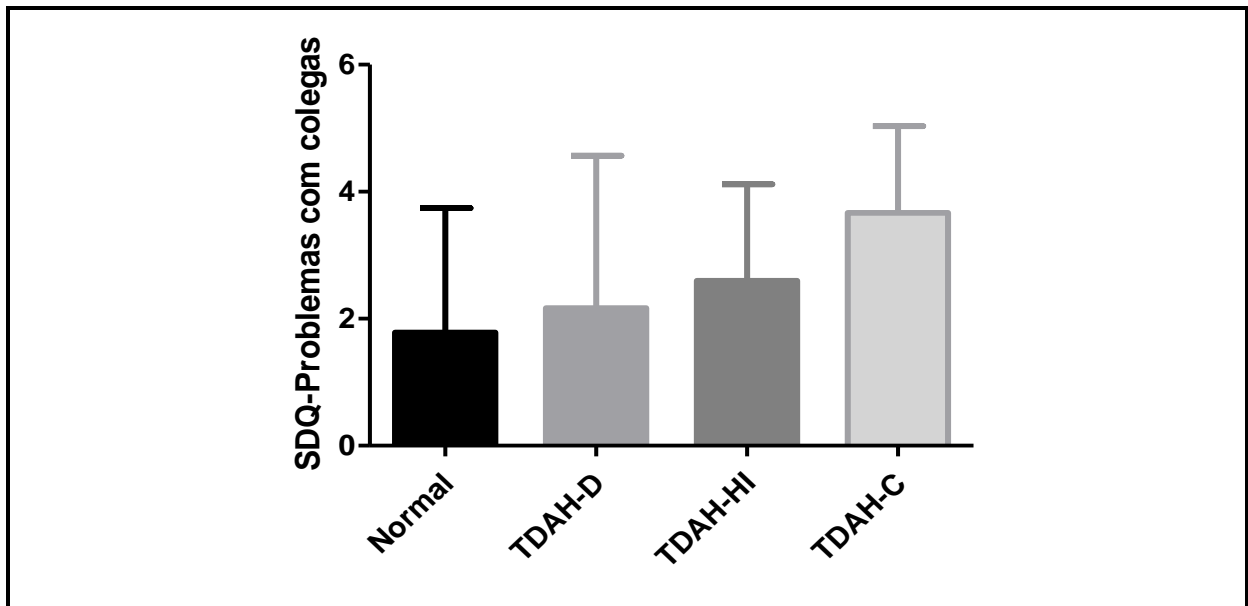


Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

Pela observação do Gráfico 4, verifica-se que a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Já na análise post-hoc de Dunn, vê-se que a diferença estatisticamente significativa foi entre Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-42,93) e o Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-34,06). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-21,09), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-12,97), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-21,83) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (-8,867) não houve diferença estatisticamente significativa.

De acordo com o Gráfico 5 (abaixo), a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0310$). A partir da análise post-hoc de Dunn, observa-se que a diferença estatisticamente significativa foi entre Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-27,21). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-3,131), Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-14,93), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-11,80), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-24,08) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (-12,28) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

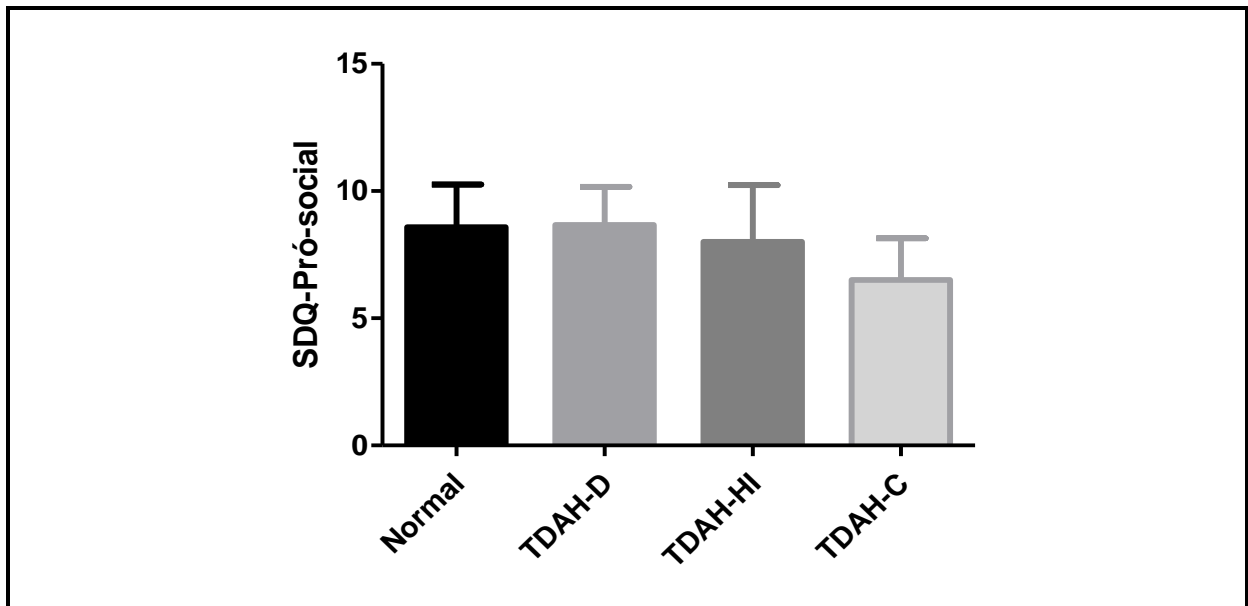
GRÁFICO 5 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Problemas de Relacionamento com Colegas



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

Conforme a observação do Gráfico 6 (abaixo), a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que a diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,0376$). Pela análise post-hoc de Dunn, observa-se que a diferença estatisticamente significativa foi entre Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (28,15). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-0,09872), Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (7,085), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (7,183), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (28,25) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (21,07) não houve diferença estatisticamente significativa.

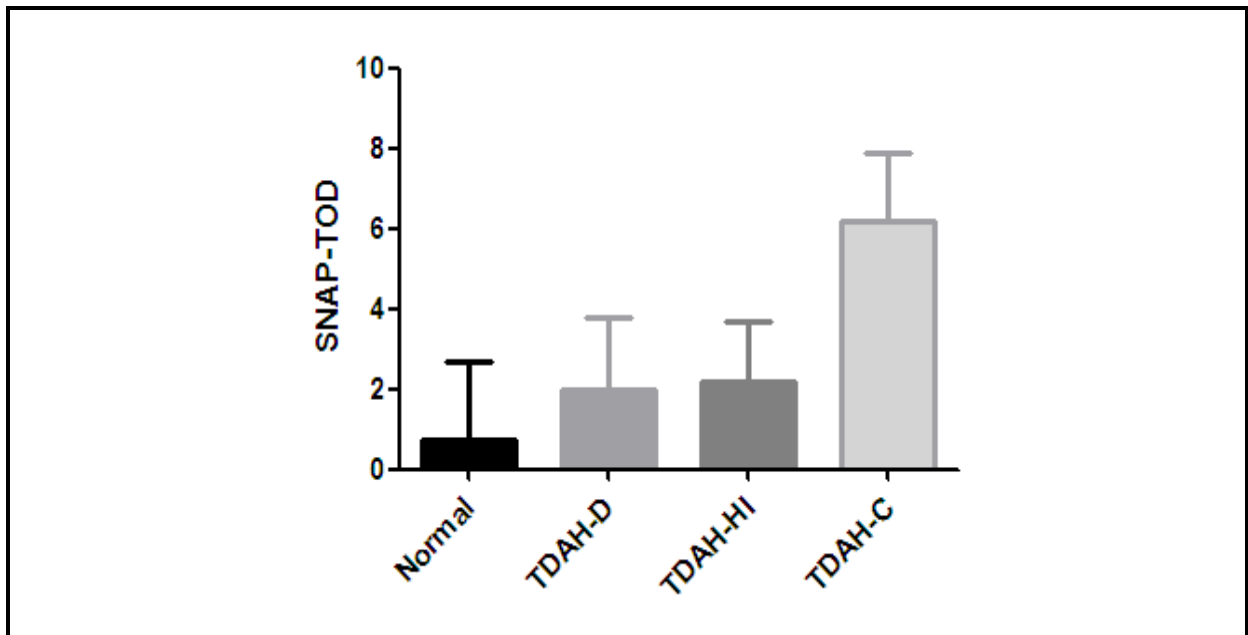
GRÁFICO 6 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SDQ-Comportamento Pró-social



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

Pela observação do Gráfico 7, a análise do Teste de Kruskal-Wallis mostra que há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). A partir da análise post-hoc de Dunn, a diferença estatisticamente significativa foi entre Normal vs TDAH-Amplo – Combinado (-23,01). Entre Normal vs TDAH-Amplo – Desatento (-8,926), Normal vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-10,89), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Hiperativo (-1,967), TDAH-Amplo – Desatento vs TDAH-Amplo – Combinado (-14,08) e TDAH-Amplo – Hiperativo vs TDAH-Amplo – Combinado (-12,12) não houve diferença estatisticamente significativa.

GRÁFICO 7 – Comparação do TDAH-Amplo com a Escala do SNAP-IV – TOD (Transtorno Opositivo Desafiador)



Nota: *Teste Kruskal-Wallis com teste post-hoc de Dunn ($p < 0,05$).

5.5 Análise descritiva complementar

TABELA 17 – Detecção e Percepções de Saúde – Visão dos Pais

Avaliativo	Variáveis	Frequência absoluta (n)*	Porcentagem
Detecção de problema de saúde	Não	72	87,8
	Sim	10	12,2
Percepção de problemas psicológicos	Não	74	90,2
	Sim	8	9,8
Utilização de medicamentos	Não	69	84,1
	Sim	13	15,9
Utilização de medicamentos – Função: Comportamento	Não	81	98,8
	Sim	1	1,2

Nota: *Amostragem: 82 alunos.

Na Tabela 17, pode-se observar que 10 (12,2%) dos alunos apresentaram problemas de saúde, 8 (9,8%) problemas psicológicos, 13 (15,9%) faziam uso de medicamentos (não relacionados com TDAH) e apenas 1 (1,2%) aluno estava em uso de medicamento para o comportamento (Imipramina, um medicamento com múltiplas indicações terapêuticas, inclusive TDAH), porém a mãe desse aluno, em relato escrito, afirma que seu filho usava o remédio para “nervosismo”.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo pretendeu fazer uma síntese dos aspectos mais significativos da investigação através dos questionários SDQ e SNAP-IV (modificado), respondidos pelos pais/ou responsáveis, sobre sintomas de TDAH e problemas psicológicos associados a crianças e a adolescentes.

Conforme a análise da descrição do resultado do SDQ, observou-se que a Escala de Sintomas Emocionais foi a que apresentou menor frequência absoluta do valor Normal e maior frequência absoluta do valor Limítrofe. Já a Escala de Comportamento Pró-social foi a Escala que registrou a maior percentagem de valores Normais, sendo observado que o gênero feminino apresentou maior número desses valores. Esses resultados corroboram uma pesquisa apresentada por Adams e cols. (1999) e Miller-Johnson e cols. (2002), nos quais as meninas se apresentaram como mais competentes socialmente.

Estudo sobre TDAH feito por Cantwell DP. (1996) mostrou que crianças e adolescentes do sexo masculino em relação ao feminino têm taxa estimada de 4:1 e Birderman e cols. (1999) mostraram que as meninas são subdiagnosticadas, pois têm menos sintomas de agressividade/impulsividade, menores taxas de transtorno de conduta, alta comorbidade com transtorno de humor e ansiedade, e, portanto, sua idade de diagnóstico tende a ser maior do que entre os meninos.

Embora a amostra tenha sido considerada pequena, outro estudo semelhante que utilizou o mesmo instrumento (SDQ) para a coleta de dados, também apresentou amostra relativamente pequena (STIVANIM e cols. 2008). Os autores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, mas as crianças do gênero masculino apresentaram escores mais elevados em quase todas as subescalas, com exceção da subescala Problemas Emocionais, apresentados pelas meninas. O que demonstra que o TDAH é hiperdiagnosticado nos meninos, e subdiagnosticado nas meninas e, conseqüentemente, subtratado.

Ainda sobre a análise do SDQ observou-se que houve correlação entre o TDAH-Amplio e as Escalas do SDQ-(Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador), pois os alunos que apresentaram

sintomas de TDAH-Amplo, também apresentaram escores mais elevados nas escalas do SDQ.

Os resultados confirmaram também que a média da pontuação do SDQ tende a diminuir com a escolarização, na maioria das subescalas, o que também foi observado no estudo de Cury e Golfeto (2003).

Quanto aos resultados das subescalas do SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Amplo, 17 (20,7%) dos alunos tiveram escore positivo igual ou acima de 6 para sintomas de desatenção e/ou igual ou acima de 6 para sintomas de Hiperatividade/Impulsividade. Desses, 6 (7,3%) apresentaram apenas sintomas de Desatenção, 5 (6,1%) apresentaram apenas sintomas de Hiperatividade/Impulsividade, 6 (7,3%) tinham ambos os sintomas e 65 (79,3%) pontuaram abaixo de 6 em quaisquer das subescalas. Com relação a Qualquer Prejuízo (Familiar, Social, Escolar) causado pelo sintomas do TDAH, 24 (29,3%) do total de alunos apresentaram prejuízos. Também foi observado que 19 (23,2%) do total de alunos apresentaram sintomas com início antes dos 7 anos de idade. Quanto à frequência de TDAH, 7 (8,5%) dos alunos preencheram todos os critérios diagnósticos, ou seja, obtiveram escore positivo (igual ou acima de 6) no SNAP-IV de Desatenção e/ou de Hiperatividade/Impulsividade, com prejuízos e início antes dos 7 anos de idade. Desses, 3 (3,7%) alunos apresentaram sintomas do subtipo Desatento, 2 (2,4%) apresentaram sintomas do subtipo Hiperativo/Impulsivo, 2 (2,4%) apresentaram sintomas do subtipo Combinado e 75 (91,5%) dos alunos não apresentaram evidência de TDAH.

De acordo com as análises descritivas complementares (Problema de Saúde, Problema Psicológico e uso de Medicamentos), observou-se que 10 (12,2%) dos alunos apresentaram problemas de saúde, 8 (9,8%) problemas psicológicos, 13 (15,9%) faziam uso de medicamentos (não relacionados com TDAH). Apenas 1 (1,2%) aluno estava em uso de medicamento para o comportamento (Imipramina, um medicamento com múltiplas indicações terapêuticas, inclusive TDAH), porém a mãe desse aluno em relato escrito afirma que seu filho usava o remédio para “nervosismo”.

Como se pode observar neste estudo, a frequência dos sintomas de TDAH, encontrada nos alunos foi significativa, e se aproxima aos da literatura, conforme estudo divulgado em que a taxa estimada de prevalência mundial em crianças e

adolescentes, de 5,29% (POLANCZYK, 2007) e no Brasil, de 5,8% (ROHDE, et al. 1999).

Pelas hipóteses iniciais deste estudo, acreditava-se que estava havendo hiperdiagnóstico do TDAH em alunos que não preencheram os critérios para o transtorno e excesso na prescrição de psicoestimulantes para crianças e adolescentes. Os dados não confirmaram essas hipóteses, pois a maioria dos alunos não apresentou sintomas do TDAH, e não estavam em uso de psicoestimulantes, conforme os resultados descritos acima.

Apesar da importância dos resultados encontrados e da relação com a literatura consultada, este estudo reconhece algumas limitações para a garantia de conclusões mais consistentes. A primeira é a amostragem, considerando-se que o número de alunos analisados foi muito pequeno, por isso os resultados deveriam ser confirmados em um estudo com um número maior de alunos. A segunda é o público alvo, já que as informações foram obtidas com os pais e/ou responsáveis e não com as crianças e adolescentes ou seus professores. Provavelmente, ao se acrescentarem novos informantes, os resultados tenderiam ser mais precisos. A correlação dos dados com o parecer do professor seria enriquecedor, já que o TDAH tem grande repercussão na escola, e estes alunos são considerados instáveis emocionalmente, apresentam grandes dificuldades de relacionamento e falhas nas atividades acadêmicas.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, parte da amostra pesquisada revelou provável diagnóstico do TDAH e problemas psicológicos associados ao transtorno. Também verificamos que os alunos que apresentaram sintomas do TDAH não estavam em tratamento e nem faziam uso de psicoestimulantes.

Na comparação dos gêneros, observou-se que os meninos tiveram pontuação mais alta do que as meninas na Subescala de Hiperatividade, e as meninas apresentaram uma pontuação mais alta de valores Normais na Subescala de Comportamento Pró-Social do SDQ.

Quanto ao resultado do SNAP-IV (modificado) para o TDAH-Amplo e TDAH-Restrito, pode-se dizer que a frequência encontrada foi significativa, pois 17 (20,7%) dos alunos apresentaram TDAH-Amplo e 7 (8,5%) apresentaram TDAH-Restrito. Os alunos que apresentaram diagnóstico do TDAH (Amplo e Restrito) também exibiram pontuações mais elevadas nas subescalas do SDQ – (Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e SNAP-IV-Transtorno Opositivo-Desafiador). Esses resultados corroboram os achados na literatura consultada.

A inclusão dos questionários SDQ e SNAP-IV (modificado) foi considerada relevante para este estudo, pois possibilitou uma descrição geral da amostra relativa a questões de Hiperatividade e Sociabilidade. Para este estudo utilizaram-se os questionários aferidos para o português, na versão país.

Diante da análise dos resultados, considera-se que os dados coletados pelo SDQ por si só apresentam pré-indícios, ou até mesmo indícios de patologia em alguns alunos, e esses resultados ficaram mais evidentes quanto ao transtorno, quando foram associados ao SNAP-IV (modificado).

Portanto com base no exposto, e ainda que a amostra tenha sido considerada pequena, pode-se afirmar que o TDAH tem relação com os problemas psicológicos associados (comorbidades), como foi observado neste estudo.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. W., SNOWLING, M. J., HENNESSY, S., KIND P. Problems of behavior, reading and arithmetic: assessment of comorbidity using Strengths and Difficulties Questionnaire. **British Journal of Educational Psychology**, v.65, p.571-585, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV – TR – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

AUGUSTIJN, P. B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: (Ed.). Behavioral Aspects of Epilepsy: Principles and Practice. **New York: Demos Medical Publishing**, LLC, 2008.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. BARKLEY, R. A., tradução ROIZMAN, L. S. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BIEDERMAN, J., NEWCORN J., SPRICH S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. **Am J Psychiatry**; 148(5): 564-577, 1991.

BIEDERMAN, J., FARAONE S. V., Mick E. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**; 38: 966-7, 1999.

BROWN, ET. Emerging Understanding of Attention-Déficit Disorders and Comorbidities. In Brown, TE. Attention-défict disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. **American Psychiatric Press**, London, 2000.

CANTWELL, DP. Attention deficit disord: a review of the past 10 year. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**; 35: 978-87, 1996.

CARROLL, J. M. et al. Literacy Difficulties and Psychiatric Disorders: Evidence for Comorbidity. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, New York, v. 46, n. 5, p. 524-532, 2005.

CORREIA FILHO, GOMES, A., PASTURA, G. **As Medicções Estimulantes**. In: ROHDE, L. A., MATTOS, P. et al. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CURY, C. R., GOLFETO, J. H. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 25(3): 139-145, 2003.

GARCIA, R. Equilíbrio e Saúde. Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro, ROHDE, L. A. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 07 jan. 2013.

GOLDSTEIN, S., GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Tradução MARCONDES, M. C. 2^a ed. Campinas: Papirus, 1996.

GOLDMAN, L. S., GENEL, M. BEZMAN, R. et al. **Diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents**. In: ROHDE, L. A., MATTOS, P. & cols. Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GOOLDMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 38, 581-586, 1997.

GUARDIOLA, A., TERRA, A. R., FERREIRA, L. T. C., LONDERO, R. G.. Uso de Amitriptilina na Síndrome de Hiperatividade com Déficit de Atenção. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, 57 (3A), 599-605, 1999.

MATTOS, P., ROHDE, L. A., POLANCZYK, G.V. O TDAH é subtratado no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 34, n. 4, p. 513-516, 2012.

MATTOS, P., et al. Apresentação de uma Versão em Português para Uso no Brasil do Instrumento MAT-SNAP-IV de Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Sintomas de Transtorno Desafiador e de Oposição. **Rev. Psiquiatr. do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, sept/dez., 2006.

MCBURNETT, K., PFIFFNER, I.J., FRICK, P. Symptom Properties as Function of ADHD Type: An Argument for Continued Study of Sluggish Cognitive Tempo. **Journal of Abnormal Child Psychology**, Berlin, v. 29, p. 207-213, 2001.

MILLER, J.S., COIE J.D., MAUMARY-GREMAUD A., BIERMAN K.L. Conduct Problems Prevention Research Group. Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. **J Abnormal Child Psychol**, 30: 217-30, 2002.

POLANCZYK, G. et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **The American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942-948, Jun., 2007.

RIESGO, R. **Transtorno da atenção: Comorbidades**. In: ROTTA, N., OHLWEILER, L., RIESGO (Orgs.), *Transtornos da aprendizagem: Abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 347-363). Porto Alegre: Artmed, 2006.

ROHDE, L. A. P., BENCZIK, E. B. P. **Transtorno Déficit de Atenção - O que é? Como ajudar?**. Porto Alegre. RS: Artes Médicas, 1999.

ROHDE, L. A., BARBOSA, G., et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 22, 2000.

ROHDE, L. A., BIERDERMAN, J., ZIMMERMANN, H., et al. Exploring ADHD age-at-onset criterion in Brazilian adolescents. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, 2000.

ROHDE, L. A., SZOBOT, C. M., KETZER, C. R., MICHALOWSKI, M. B. **Transtornos mentais na infância e na adolescência**. In: KAPCZINSKI, F., QUEVEDO, J., IZQUIERDO, I. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos* (pp. 231-245). Porto Alegre: Artmed, 2000.

ROHDE, L. A., MATTOS, P. (Ed.). **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAMPAIO, A., SILVA-PRADO, H., ROSÁRIO-CAMPS, M. **Transtorno de ansiedade**. In: A. HOUNIE, W., CAMARGOS, Jr. (Orgs.), *Manual Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (pp. 775-794). Belo Horizonte: Editora Info, 2005.

SOUZA, I., SERRA, M. A., MATTOS, P., Franco, V. A. Comorbidades em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, 59(2B), 401-406, 2001.

SOUZA, I., PINHEIRO, M. A. S. **Co-morbidades**. In: ROHDE, L. A. *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 85-106). Porto Alegre: Artmed, 2003.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ANDRADE, E. R. **Quadro Clínico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. In: ROHDE, L. A., MATTOS, P & cols. **Princípios e Práticas em TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BARBOSA, G.A. Transtornos hipercinéticos. **Infanto**, 3: 12-9, 1995.

BIDERMAN J., et al. Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v. 165, n. 1, p. 11-2, Jan. 2008.

GOLFETO, J. H., BARBOSA, G. A. **Epidemiologia**. In: ROHDE, L. A., MATTOS, P. et al. **Princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GRUNSPUN, H. **Crianças e Adolescentes com Transtornos Psicológicos e do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

HALLOWELL, E. M., RATEY, J. J. **Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio de déficit de atenção da infância à vida adulta**. Tradução: CARVALHO, A. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

ITABORAHY, C. O Metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. Instituto de Medicina Social, UERJ, <http://lates.cnpq.br/0909107396835123>. **Revista Ciências & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ISSN 1413-8123**, 2011.

KLORMAN, R. Cognitive event-related potentials in attention deficit disorder. **Journal of Learning Disabilities**, 24, 130-140, 1991.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDAH e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MATTOS, P. **No Mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos/** MATTOS, P., 7ª ed. rev. e atual. – São Paulo: Lemos Editorial, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução Centro 143 Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

PHELAN, T. W. **TDA/TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. São Paulo: M. Books, 2005.

POLANCZYK, G. V. **Estudo da Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância, Adolescência e Idade Adulta**. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2008.

ROHDE, L. A., KETZER, C. R. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. In: FICHTNER, N. (Org.), *Transtornos mentais da infância e adolescência* (pp. 232-243). Porto Alegre: Artmed, 1997.

ROHDE, L. A., BUSNELLO, E. D., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G. M., PINZON, V., KETZER, C. R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: revisando conhecimentos. **Revista da ABP. APAL**, 20(4), 166-178, 1998.

ROHDE, L. A., MIGUEL FILHO, E. C., BENTTI, L., GALLOIS, C., KIELING, C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 31(3), 124-131, 2004.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**/ SILVA, A. B. B. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

STILL, G. The Goulstonian lectures on some abnormal physical condition in children. **Lecture 1**. *Lancet*, 1: 1008-82, 1902.

STIVANIN, L., SCHEUER, C. I., ASSUMPÇÃO, JR., BAPTISTA, F. SDQ (Strenhths and Difficulties Questionarie): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online], vol. 24, n. 4, pp. 407-413, 2008.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A – Critérios diagnósticos para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – Segundo DSM-IV

A. (1) e/ou (2):

1. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **desatenção** persistiram por pelo menos seis meses em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento mental:

Desatenção:

- a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) com frequência evita, demonstra antipatia ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p.ex: brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros, ou outros materiais);
- h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

2. Seis ou mais dos seguintes sintomas de **hiperatividade/impulsividade** persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsciente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- a) frequentemente agita as mãos ou pés ou se remexe na cadeira;

- b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;
- f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- g) frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completadas;
- h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (p.ex. em conversas ou brincadeiras);

B. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízos estavam presentes antes dos sete anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p.ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, e não são melhor explicados por outro transtorno mental (p.ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

Codificar com base no tipo:

314.01 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo combinado: se tanto o critério A1 quanto o critério A2 são satisfeitos durante os últimos seis meses.

314.00 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente desatento: se o critério A1 é satisfeito, mas o critério A2 não é satisfeito durante os últimos seis meses.

314.01 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo: se o critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos seis meses.

ANEXO B – SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreve o seu filho(a). Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento do seu filho(a) nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome do filho(a) _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Masculino () Feminino ()

		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas			
2	Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas			
3	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo			
4	Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças			
5	Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra			
6	É solitário, prefere brincar sozinho			
7	Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem			
8	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo			
9	Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal			
10	Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos			
11	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga			
12	Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta			
13	Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso			
14	Em geral, é querido por outras crianças			
15	Facilmente perde a concentração			
16	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo			
17	É gentil com crianças mais novas			
18	Frequentemente engana ou mente			
19	Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no			
20	Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)			
21	Pensa nas coisas antes de fazê-las			
22	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares			
23	Se dá melhor com adultos do que com outras crianças			
24	Tem muitos medos, assusta -se facilmente			
25	Completa as tarefas que começa, tem boa concentração			

* Nome completo (em letra de forma) dos Pais e/ou responsáveis: _____

Data: ____/____/____

Mãe/pai/professor/outro (especifique): _____

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO C – Pesquisa realizada na Escola Municipal Germin Loureiro - 2012

Nome do Aluno: _____ Sexo: ____ Idade: _____ Ano (série): _____

Senhores pais e/ou responsáveis, para cada item, escolha a coluna que **melhor** descreve o seu filho(a). (MARQUE UM X)

ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DO TDAH EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES - (MTA-SNAP-IV)

	Em português*	Nada	Um pouco	Bastante	Demais
1	Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.				
2	Tem dificuldade para manter atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele(a).				
4	Não segue instruções até o fim e não termina os deveres da escola, tarefas ou obrigações.				
5	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7	Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, livros, deveres da escola, lápis...).				
8	Distrai-se facilmente com estímulos externos.				
9	É esquecido em atividades do dia-a-dia.				
10	Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11	Sai dos lugares onde se espera que fique sentado.				
12	Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações inapropriadas.				
13	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14	Não pára ou frequentemente está "a mil por hora".				
15	Fala em excesso.				
16	Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17	Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18	Interrompe os outros ou se intromete (p. ex: nas conversas, jogos, brincadeiras).				
19	Descontrola-se.				
20	Discute com adultos.				
21	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras dos adultos.				
22	Faz coisas que incomodam os outros de propósito.				
23	Culpa os outros pelos seus erros e mau comportamento.				
24	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25	É raivoso e ressentido.				
26	É rancoroso ou vingativo.				

ANEXO D – Perguntas que foram adicionadas ao questionário SNAP-IV

1. Os sintomas acima descritos trazem algum tipo de prejuízo (ex: familiar, social, escolar) para seu filho(a)?

() sim Qual? _____

() não

2. Alguns sintomas de hiperatividade/impulsividade ou desatenção que causaram prejuízos estavam presentes antes dos sete anos de idade?

() sim

() não

3. Seu filho(a) possui algum problema de saúde ou psicológico?

() sim Qual? _____

() não

4. Seu filho(a) está fazendo uso de algum medicamento?

() sim Qual? _____

Dose: _____

Faz uso a quanto tempo? _____

() não

5. Seu filho(a) já fez uso de algum medicamento para o comportamento ou para melhorar o desempenho escolar?

() sim Qual? _____

Dose: _____

Por que motivo? _____

() não

João Monlevade, _____ de _____ de 2012.

ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Para pais)

Frequência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os problemas psicológicos associados em crianças e adolescente, de uma Escola Municipal de João Monlevade, Minas Gerais

Seu filho/sua filha está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Frequência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os problemas psicológicos associados em crianças e adolescente, de uma Escola Municipal de João Monlevade, Minas Gerais**”. Antes de aceitar que ele/ela participe deste estudo, é importante que você leia e compreenda a explicação sobre como é o estudo. Esta declaração descreve o objetivo, os procedimentos, os benefícios e riscos do estudo, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre o resultado do estudo. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre este trabalho, antes de você aceitar o convite para que seu filho(a) participe.

O objetivo deste estudo é pesquisar o número de alunos na escola que apresentam o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e identificar a frequência de problemas psicológicos associados. Serão utilizados os questionários SNAP-IV (modificado) e o SDQ, para o rastreamento do TDAH, pois eles possuem a vantagem de serem autoaplicáveis, viabilizando o preenchimento pelos pais e/ou responsáveis sem a presença do pesquisador; o fato de serem escalas baseadas no DSM-IV e a larga experiência de uso das mesmas em grandes estudos internacionais.

Este trabalho se justifica pela relevância de identificar se alunos que não preenchem critérios para o TDAH, estão recebendo diagnóstico. O estudo também contribuirá para a instituição pesquisada, uma vez que, diagnosticado o TDAH o aluno poderá ser encaminhado para receber um tratamento adequado.

A sua participação neste estudo é apenas responder aos questionários, sobre os sintomas do TDAH referentes ao seu filho(a).

Os riscos que essa pesquisa pode causar aos participantes são apenas a possibilidade de algum constrangimento em virtude das questões propostas, mas faremos o máximo para evitar que isso ocorra.

Os registros da participação de seu filho(a) neste estudo serão mantidos confidencialmente até onde é permitido por lei, e todas as informações estarão restritas aos pesquisadores; no entanto o pesquisador e, sob certas circunstâncias, o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG, poderão ter acesso aos dados confidenciais que identificam o participante pelo nome. É importante informar que qualquer publicação dos dados não o(a) identificará.

A participação neste estudo de seu filho(a) é voluntária e sua recusa em participar ou seu desligamento do estudo não o prejudicará de nenhuma forma. Você ou seu filho(a) poderá interromper a participação a qualquer momento, se desejarem. Você e seu filho não receberão qualquer compensação financeira por sua participação no estudo.

Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, contate o Dr. Arthur Melo e Kümmer pelo telefone (31) 3409-9785, ou a Comissão de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais no telefone 3409-4592 ou no endereço Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. andar, sl. 2005, Cep: 31270-901, BH-MG; email: coep@prpq.ufmg.br.

Consentimento: Declaro que li e entendi as informações precedentes. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o meu consentimento para participarmos do estudo, até que eu decida o contrário.

Assinatura do responsável pelo participante _____
Assinatura do pesquisador _____

João Monlevade, _____ de _____ de 2012.