

Sintomas de Hiperatividade e Déficit de Atenção em Uma Amostra de Crianças Escolares Brasileiras

Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Sample of Brazilian School Children

Millena Cardoso dos Santos Diogo*/ Laila Pires Ferreira Akerman/
Juliane Callegaro Borsa

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Resumo: O objetivo do estudo é identificar sintomas de hiperatividade e déficit de atenção em uma amostra de crianças do Rio de Janeiro e identificar diferenças dos níveis desses sintomas entre meninos e meninas, estudantes de escolas públicas e privadas e crianças de diferentes faixas etárias. Participaram 386 crianças em idade escolar entre sete e 13 anos ($M=9,46$; $DP=1,34$) de escolas públicas e privadas, sendo ($n=214$ meninas; $n=172$ meninos). Os participantes responderam o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) e os responsáveis ao Child Behavior Checklist (CBCL). Os resultados indicaram correlações positivas para problemas de atenção/emocionais e problemas de atenção/comportamentais, os meninos apresentaram níveis significativamente maiores nos problemas de atenção e problemas comportamentais, enquanto para problemas emocionais, não houve diferença entre os dois grupos. Ainda, não foram identificadas diferenças significativas nos sintomas de TDAH entre crianças de escolas públicas e privadas e crianças de faixas etárias distintas. Esses dados contribuem para uma compreensão mais ampla da relação entre TDAH e as demais variáveis envolvidas.

Palavras-chave: transtorno do déficit de atenção com hiperatividade; crianças; problemas de comportamento.

Abstract: The aim of the study is to identify symptoms of hyperactivity and attention deficit in a sample of children from Rio de Janeiro and to identify differences in the levels of these symptoms among boys and girls, students from public and private schools and children of different age groups. 386 school-aged children between seven and 13 years participated ($M=9.46$; $SD=1.34$), public and private schools ($n=214$ girls; $n=172$ boys). Participants answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and caregivers answered the Child Behavior Checklist (CBCL). Results indicate positive correlation between attention and emotional problems and between attention and behaviors problems. Boys presented higher levels of attention problems and behavior problems. There was no difference between the two groups for emotional problems. When participants were grouped between age ranges and public or private school, there were no significant differences for ADHD symptoms. These data contribute to a broader understanding of the relationship between ADHD and the other variables used.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder; children; behavior problem.

* Correspondência para: Rua Marquês de São Vicente, 225. Edifício Cardeal Leme, Gávea, 22451900 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil - Caixa-postal: 22470060. E-mail: millenacds@gmail.com

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), trata-se de um transtorno do neurodesenvolvimento, com a presença de sintomas de déficit de atenção, impulsividade e/ou hiperatividade. Os sintomas iniciais devem aparecer antes dos 12 anos de idade e serem persistentes em mais de dois contextos, por pelo menos seis meses (American Psychiatric Association [APA], 2014). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-V [APA], 2014) divide o TDAH em três subtipos: 1) com predomínio na desatenção, 2) com predomínio de hiperatividade/impulsividade e 3) o subtipo combinado. A etiologia do TDAH parece ser multifatorial, derivada da combinação de fatores ambientais, biológicos e genéticos (Associação Brasileira de Déficit de Atenção [ABDA], 2017). A prematuridade (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2011), o baixo peso ao nascer e exposição durante o período de gestação à substâncias como álcool e tabaco, são também alguns exemplos de fatores associados a um maior risco de desenvolvimento do transtorno (Hora, Silva, Ramos, Pontes & Nobre, 2015).

A prevalência de TDAH tem sido objeto de estudo fornecendo dados sobre a severidade do transtorno, idade e gêneros mais afetados, fatores psicossociais e frequência relacionada (Díaz, Jiménez, Rodríguez & Afonso, 2013). Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye e Rohde (2015), conduziram um estudo de metanálise, incluindo amostras de crianças e adolescentes, residentes em diferentes continentes. Dentre os achados, constatou-se que a prevalência de TDAH estimada entre crianças/adolescentes de seis a 18 anos foi de 3,4% [95% IC 2.6-4.5]. Em uma metanálise, com dados da Europa, América do Norte, Oceania, Oriente Médio, África e América do Sul, Thomas, Sanders, Doust, Beller e Glasziou (2015), identificaram uma prevalência de TDAH de 7,2% [95% IC 6.7-7.8]. A metanálise incluiu 175 estudos conduzidos ao longo de 36 anos e uma amostra de 1.023.071 participantes. Estudos realizados no Brasil, apontam uma prevalência do

transtorno semelhante aos dados encontrados mundialmente (Arruda, Querido, Bigal & Polanczyk, 2015; Oliveira, Ragazzo, Barreto & Oliveira, 2016). Estudo de Oliveira e colaboradores (2016) incluiu uma amostra de crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre dez e 17 anos, de uma escola pública de Salvador (BA), identificou uma prevalência de TDAH de 16,6%. Em consonância, Arruda, Querido, Bigal e Polanczyk (2015), num estudo com 1.830 crianças, com idades entre cinco a 13 anos, consideraram que a prevalência brasileira para TDAH gira em torno de 5,1%, 95% [IC] = [4,2, 6,2].

No tocante a prevalência do TDAH, estudos mostram uma disparidade na prevalência com relação ao sexo. Um estudo conduzido no Reino Unido sugere que meninos têm uma probabilidade cinco vezes maior de serem diagnosticados com TDAH do que meninas (O'Leary, Bourke & Ansell, 2014). Essa diferença também é refletida nas prescrições farmacológicas para o transtorno: pesquisa realizada nos Países Baixos indica que os meninos têm uma probabilidade de três a oito vezes maior de receber medicamentos para TDAH do que as meninas (Donker, Groenhouf & Vanderveen, 2005). Com isso, verifica-se que o TDAH é mais comum em meninos do que em meninas (Sayal, Prasad, Daley, Ford & Coghill, 2018) com uma proporção estimada de dois a três casos diagnosticados em meninos a cada um caso em meninas (Erskine et al., 2013; Sayal et al., 2018; Willcutt, 2012).

Essa disparidade com relação ao sexo, pode ocorrer por conta da dificuldade em reconhecer o TDAH em meninas (Sayal et al., 2018), uma vez que estas tendem a apresentar mais problemas de atenção do que impulsividade e hiperatividade (Mowlem, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2019). Além disso, as meninas apresentam uma prevalência maior de sintomas internalizantes, como ansiedade e depressão (Garnefski & Kraiji, 2018; Quinn, 2008), o que pode acabar levando a um diagnóstico distinto, pelo fato desses sintomas poderem mascarar a presença de sintomas de hiperatividade e déficit de atenção. Em contraste, os meninos comumente apresentam mais

comportamentos de impulsividade, hiperatividade, além de comportamento opositor/desafiador e problemas de conduta (Mowlem et al., 2019; Quinn, 2008). Segundo Mowlem e colaboradores (2019), as meninas podem ter uma maior dificuldade no diagnóstico de TDAH a menos que, apresentem problemas externalizantes notáveis (Mowlem et al., 2019).

Além do sexo, outra variável sociodemográfica importante para a compreensão da prevalência do TDAH é o status socioeconômico (Saya et al., 2018). Poucos estudos, entretanto, buscaram estratificar a prevalência de TDAH com base nessa variável e os resultados são inconclusivos (Saya et al., 2018). Uma pesquisa conduzida por Lingineni et al. (2012), nos Estados Unidos identificou que áreas com maiores níveis de privação econômica apresentaram maior prevalência de TDAH em comparação às áreas com menores níveis de privação econômica. Um estudo de DuPaul, Morgan, Farkas, Hillemeier e Maczuga (2017), identificou que crianças que apresentavam desvantagens tanto comportamentais quanto socioeconômicas, apresentaram maiores prejuízos acadêmicos e sociais. Uma pesquisa americana com 109 crianças de idade entre três a seis anos investigou influências entre sexo, etnia, status socioeconômico e a associação com sintomas de TDAH, os resultados apontam que em específico, a renda familiar foi associada ao aumento dos sintomas de TDAH, além dos resultados sugerirem que crianças com múltiplos fatores de risco sociodemográficos (como ser do sexo masculino e de minoria étnica), apresentam um maior risco para manifestação dos sintomas de TDAH e disfunção executiva (Martel, 2013).

Estudo conduzido por Reale et al. (2017), identificou comorbidades associadas ao TDAH em uma amostra composta por 2.861 crianças e adolescentes italianos, com idade entre cinco e 17 anos. Os pesquisadores identificaram que as comorbidades mais fortemente associadas ao transtorno foram: os transtornos de aprendizagem, problemas relacionados ao sono, ansiedade e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Um estudo de revisão sistemática de Schmitt e Morando (2017), identificou que crianças com

TDAH apresentam prejuízos no âmbito escolar e notas inferiores a crianças sem o transtorno. Segundo os autores, o TDAH pode impactar negativamente o desempenho escolar das crianças já que, a escola é um ambiente regido por regras e pela necessidade de se manter a atenção por um tempo prolongado. Moura, Silva e Silva (2019), afirmam que dificuldades na leitura ou na escrita estão presentes em todos os subtipos de TDAH.

O transtorno de ansiedade também é uma comorbidade identificada em cerca de 25% das pessoas com TDAH (Halldorsdottir et al., 2015; Virtuoso, 2016). Estudo de Xia, Shen e Zhang (2015), com crianças chinesas de sete a 10 anos, aponta que 18% daquelas portadoras de TDAH também apresentaram sintomas de ansiedade (TA). Crianças diagnosticadas com TDAH apresentam problemas frequentes no ambiente familiar, social e acadêmico (Brown, 2001). Essa dificuldade pode levá-las a apresentarem autoestima baixa, sentimentos de incapacidade e inadequação, o que pode aumentar ainda mais os sintomas de ansiedade (Brown, 2001). De acordo com o estudo de Gordon-Lipkin, Marvin, Law e Lipkin (2018), crianças com TDAH tem risco aumentado de comorbidade com sintomas de ansiedade e transtornos do humor. Resultados obtidos no estudo de González-Castro, Rodríguez, Cueli, García, Alvarez-García (2015), no qual foram avaliadas 220 crianças com idades entre seis e 12 anos, destacam que altos níveis de ansiedade foram identificados em crianças com TDAH, aumentando a dificuldade de atenção. Segundo os autores, isso indica que crianças com TDAH tem maior vulnerabilidade para desenvolverem transtornos de ansiedade e que a sintomatologia do TDAH tende a agravar na medida que os níveis dos sintomas de ansiedade aumentam.

Estima-se que cerca de 15% dos pacientes com TDAH apresentem riscos para o desenvolvimento de transtornos do humor como a depressão (Spencer, Biederman & Mick, 2007), justamente pelos prejuízos na autoestima, na vida acadêmica, no relacionamento familiar e social causados pelo TDAH (Barkley, 2012). No estudo de Eyre et al. (2017), realizado com 696 crianças do Reino Unido, com idade média de 10

anos, foram observadas associações entre TDAH, sintomas de irritabilidade, depressão e ansiedade. Esses resultados reforçam a hipótese de que a irritabilidade pode ser um marcador precoce de problemas de humor em crianças com TDAH.

Alguns estudos também apontam que a comorbidade com o TOD apresenta prevalência de 25 a 50% nos casos de indivíduos com TDAH (Amiri et al., 2013; Bakare, 2012; Farbstein, Mansbach-Kleinfeld, Auerbach, Ponizovsky & Apter, 2014). De acordo com Grevet, Salgado, Zeni e Abreu (2007), pessoas com TDAH e TOD apresentam maiores chances de desenvolverem comportamentos agressivos, baixo desempenho escolar e problemas de interação com os pares, comparados àqueles com o diagnóstico exclusivo de TDAH ou de TOD. Segundo os autores, o TOD intensificaria as características de impulsividade e de isolamento contidas no TDAH.

Diante do exposto, considerando a relevância do transtorno para a saúde mental de crianças e adolescentes (Reale et al., 2017) e a importância de ampliar o conhecimento sobre a relação entre esses sintomas e as variáveis sociodemográficas no contexto brasileiro, o objetivo geral do presente estudo é investigar sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças do Rio de Janeiro. Ainda, o estudo objetiva investigar diferenças nos indicadores de TDAH e de outros problemas emocionais e comportamentais entre meninos e meninas, bem como investigar se existem diferenças entre estudantes de escolas públicas e privadas e de diferentes faixas etárias para as variáveis em questão.

Importante pontuar que o presente estudo discutirá sobre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e não sobre o aprofundamento no diagnóstico de TDAH, o qual demanda de uma investigação clínica e interdisciplinar, com uso de múltiplos métodos avaliativos, tais como a aplicação de testes psicológicos, entrevistas com os pais, com as crianças/adolescentes e com professores, além de uma investigação minuciosa do histórico do paciente (Graeff & Vaz, 2008). Em termos de diagnóstico, a distinção entre uma visão categórica e uma visão do TDAH como um continuum de sintomas é

um debate fértil no campo da psicopatologia infantil. Na abordagem categórica, parte-se de um ponto de corte crítico para definir o pertencimento ou não à classe do transtorno. Na abordagem dimensional, o TDAH é descrito como um traço em um continuum de sintomas. As crianças com TDAH estariam localizadas na extremidade desta dimensão, diferindo da normalidade apenas por grau (Schmiedeler & Schneider, 2013). Segundo McLennan (2016), o acúmulo de evidências nas pesquisas sobre TDAH é mais consistente com uma abordagem dimensional. Embora o presente estudo não aborde o diagnóstico clínico de TDAH da amostra, os sintomas analisados favorecem uma abordagem dimensional do transtorno e avaliação da heterogeneidade de suas manifestações quando se compara diferentes grupos amostrais.

A primeira hipótese do estudo é que os sintomas de TDAH, assim como os problemas comportamentais, serão maiores nos meninos do que nas meninas (Mowlem et al., 2019; Sayal et al., 2018). Por outro lado, espera-se que os problemas emocionais sejam mais elevados nas meninas do que nos meninos (Garnefski & Kraiji, 2018). Outra hipótese é que haverá correlação significativa entre sintomas de TDAH, problemas emocionais e comportamentais na presente amostra (Reale et al., 2017; Schei, Jozefiak, Novik, Lydersen & Indredavik, 2013). Não se elaborou uma hipótese específica para diferenças entre as variáveis em crianças de diferentes faixas etárias e nem para estudantes de escolas públicas e privadas. A diferenciação nos níveis dos sintomas entre estudantes de escolas públicas e privadas no Brasil, por exemplo, contribui para uma melhor compreensão sobre a associação dos sintomas de TDAH com aspectos socioeconômicos (Saya et al., 2018). De acordo com Assis, Avanci e Oliveira (2009), problemas de saúde mental são mais frequentes em crianças expostas a fatores de vulnerabilidade, como condições socioeconômicas e de segurança precárias, maus-tratos, carência de assistência médica e baixos níveis educacionais dos cuidadores. É sabido que, no Brasil, as crianças que frequentam escolas públicas são em sua maioria, oriundas de famílias com nível socioeconômico mais baixo, o que explica uma maior

prevalência de problemas emocionais e comportamentais nesse grupo, quando comparado aos estudantes de escolas privadas (Borsa, Souza & Bandeira, 2011).

Método

Participantes

A amostra total do estudo foi composta por 386 crianças, cuja as respostas foram obtidas através dos responsáveis por essas crianças (82,6% deles eram do sexo feminino com idades entre 26 a 63 anos, $M= 38,57$; $DP= 7,02$). Do total de crianças, a maior parte ($n= 344$; 89,1%) era composta por residentes do Rio de Janeiro; ($n= 41$; 10,6%) de Niterói e ($n= 1$; 0,3%) de Duque de Caxias. Dentre as crianças ($n= 214$; 55,4%) eram do sexo feminino e ($n= 172$; 44,6%) do sexo masculino, com idades variando entre sete e 13 anos ($M= 9,46$; $DP= 1,34$). Em relação ao tipo de escola ($n= 204$; 52,8%) eram estudantes de escola pública e ($n= 182$; 47,2%) estudantes de escola privada do ensino fundamental. Em relação a série escolar ($n= 126$; 32,6%) das crianças cursavam o quarto ano do Ensino Fundamental (EF); ($n= 120$; 31,1%) cursavam o terceiro ano do EF; ($n= 100$; 25,9%) cursavam o quinto ano do EF; ($n= 23$; 6%) cursavam o segundo ano do EF; ($n= 4$; 1%) cursavam o primeiro ano do EF e ($n=4$; 1%) cursavam o sexto ano do EF. Uma parte dos respondentes ($n= 9$; 2,3%) não declararam o ano que a criança cursava na escola.

Instrumentos

Child Behavior Checklist – CBCL 6/18 (Achenbach, 1991). Foi utilizada a versão do instrumento validada para o contexto brasileiro por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Trata-se de um questionário destinado aos pais/cuidadores que visa investigar problemas emocionais, comportamentais e competências sociais em crianças/adolescentes com idades entre seis e 18 anos. É uma escala tipo Likert de três pontos, variando de “Não verdadeira” para “Frequentemente verdadeira” e composto

por 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação de competências sociais e 118 para avaliação de problemas emocionais e de comportamento. Os itens distribuem-se em 11 escalas: as escalas “Atividades”, “Social” e “Escolar” compõem a “Escala de Competência Social”. As outras oito escalas, sendo elas, “Ansiedade-Depressão”, “Isolamento-Depressão”, “Queixas Somáticas”, “Problemas Sociais”, “Problemas de Pensamento”, “Problemas de Atenção”, “Comportamento de quebrar Regras/Delinquência” e “Comportamento Agressivo” compõem a “Escala Total de Problemas de Comportamento”. Para esse estudo, foi utilizada apenas a escala “Problemas de Atenção”. Essa escala faz parte de um conjunto de escalas do CBCL orientadas pela quarta edição do DSM-IV (APA, 1995). Seus itens são consistentes com a descrição dos tipos: desatento e hiperativo/impulsivo. Embora os escores não ofereçam um diagnóstico, sugerem problemas em áreas específicas e permitem identificar crianças que podem beneficiar-se de uma avaliação psicológica e/ou psiquiátrica (Bordin et al., 2013).

The Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 1997). Trata-se de um questionário norteamericano de rastreamento (screening) de problemas de saúde mental, proposto para avaliar o comportamento de crianças e adolescentes de quatro a 16 anos (Saur & Loureiro, 2014). A versão brasileira foi adaptada por Fleitlich, Cartázar e Goodman (2000). É um instrumento elaborado em duas versões, cujo os respondentes podem ser os pais ou professores, e na segunda como autorrelato. As respostas são fornecidas por meio de uma escala tipo Likert de três pontos, variando de “Não é verdade” a “Certamente verdadeiro”. O questionário é composto por 25 itens que são distribuídos em cinco escalas (sintomas de ansiedade e/ou depressão, problemas de conduta, hiperatividade/déficit de atenção, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social). Para esse estudo, em especial, foi utilizada a escala sintomas de ansiedade e/ou depressão. Importante pontuar que na versão original, essa escala é

denominada “emotional problems”. Assim, optou-se pela nomenclatura original, “problemas emocionais”.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Prevalência dos comportamentos agressivos em crianças escolares da cidade do Rio de Janeiro”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ (CAEE: 57966816.3.0000.5282)). A coleta de dados compreendeu, em sala de aula, a aplicação, de forma presencial e coletiva, de instrumentos padronizados com as crianças, além do envio de um conjunto de instrumentos padronizados para pais ou seus responsáveis, com o objetivo de investigar indicadores de comportamentos agressivos e de outros problemas emocionais e comportamentais das crianças. Especificamente para o presente estudo, foram considerados os resultados dos instrumentos Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ (Goodman, 1997), respondido pelas crianças e o Child Behavior Checklist – CBCL 6/18 (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001), respondido pelos cuidadores. Quanto aos cuidados éticos, a pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/12 (Conselho Nacional de Saúde -Brasil). Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as crianças participantes assentiram sua participação mediante assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurada a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Análise dos dados

A análise estatística foi realizada no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), adotando como parâmetro o nível de significância menor ou igual 0,05. Foram testadas correlações bivariadas de Pearson para avaliar possíveis associações entre os escores da escala “problemas de atenção” mensurados pela CBCL (Achenbach,

1991; Achenbach & Rescorla, 2001) e “problemas de comportamento e emocionais” mensurados pela SDQ (Goodman, 1997). Foram utilizados o Teste t de student para avaliar se há diferença nos escores de problemas de atenção entre meninos e meninas e entre estudantes de escolas públicas e privadas, além de ser realizada uma análise de variância (ANOVA) para mensurar diferenças nas médias dos escores de atenção em crianças de diferentes faixas etárias. Para tornarem-se viáveis as análises de comparação entre crianças de diferentes idades, foram observadas as distribuições das frequências relacionadas as idades das crianças. Em ordem crescente de idade (n= 19; 4,9%) tinham sete anos; (n= 90; 23,3%) tinham oito anos; (n= 87; 22,5%) tinham nove anos; (n= 102; 26,4%) tinham dez anos; (n= 64; 16,6%) tinham 11 anos; (n= 19; 4,9%) tinham 12 anos e (n= 5; 1,3%) tinham 13 anos de idade. Optou-se por ordenar as crianças em faixas etárias, de forma que, as crianças de sete e oito anos compunham uma faixa etária, as crianças de nove e dez anos compunham outra faixa etária e as crianças de 11, 12 e 13 anos também compunham outra faixa etária.

Resultados

As análises de correlação de Pearson indicaram correlações significativas entre problemas de atenção, mensurados pela CBCL (Achenbach, 1991) e problemas emocionais, mensurados pela SDQ (Goodman, 1997); $R= 0,15$; $p= 0,003$. Também foram identificadas correlações significativas entre problemas de atenção e problemas comportamentais, mensurados pela SDQ (Goodman, 1997); $R= 0,19$; $p<0,0001$.

Em relação ao sexo, identificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias de problemas de atenção entre meninos e meninas. Também foram identificadas diferenças significativas entre as médias de problemas comportamentais entre meninos e meninas. Não se identificou diferenças significativas entre as médias de problemas emocionais entre meninos e meninas. Os resultados estão sumarizados na tabela 1.

Tabela 1

Comparação entre os indicadores de TDAH entre meninos e meninas

Indicador de TDAH	Média meninos	Média meninas	Teste t	p	95%IC	Hedge's g
problemas de atenção	M= 0,52; DP= 0,37	M= 0,39; DP= 0,32	t(339,96)= -3,56	<0,0001	-0,20-(-0,60)	0,39
problemas emocionais	M= 8,93; DP= 2,20	M= 5,72; DP=1,61	t(384)= 1,28	0,20	-0,16 -0,75	0,13
problemas comportamentais	M= 6,23; DP= 1,87	M= 5,72; DP=1,61	t(338,16)= -2,82	0,005	-0,86-(-0,15)	0,29

Em relação ao tipo de escola, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre estudantes de escolas públicas e privadas para nenhuma das variáveis. Os resultados estão sumarizados na tabela 2.

Tabela 2

Comparação entre os indicadores de TDAH entre estudantes de escolas públicas e estudantes de escolas privadas.

Indicador de TDAH	Média Escola Pública	Média Escola Privada	Teste t	p	95%IC	Hedge's g
problemas de atenção	M=0,48; DP= 0,35	M=0,42; DP= 0,34	t(384)= 1,54	0,12	-0,015-0,12	0,18
problemas emocionais	M= 8,80; DP= 2,22	M= 8,79; DP=2,22	t(384)= 0,06	0,95	-0,44- 0,47	0
problemas comportamentais	M= 6,04; DP= 1,69	M= 5,85; DP=1,81	t(384)= 1,11	0,27	-0,15 -0,55	0,10

Ainda, não foram identificadas diferenças de média para os indicadores investigados quando comparadas crianças de faixas etárias de sete a oito anos, de nove a dez anos e de onze a treze anos. Os resultados estão descritos na tabela 3.

Tabela 3

Comparação entre os indicadores de TDAH entre crianças de sete a oito anos, crianças de nove a dez anos e crianças de onze a treze anos.

Indicador de TDAH	Média faixa etária de sete a oito anos	Média faixa etária de nove a dez anos	Média faixa etária de onze a treze anos	F	p
problemas de atenção	M=0,41; DP= 0,33	M= 0,44; DP= 0,35	M= 0,52; DP= 0,35	F(2)= 2,77	0,064
problemas emocionais	M= 8,64; DP= 2,36	M= 8,89; DP= 2,16	M= 8,77; DP= 2,40	F(2)= 0,41	0,66
problemas comportamentais	M= 6,12; DP= 2,01	M= 5,79; DP= 1,61	M= 6,09; DP= 1,68	F(2)= 1,61	0,20

Discussão

O número de diagnósticos de crianças com TDAH vem crescendo nos últimos anos. Dados epidemiológicos indicam que de 4 a 10% das crianças em território mundial são diagnosticadas com TDAH (ABDA, 2019; Lacet & Rosa, 2017).

No presente estudo, problemas emocionais e comportamentais tiveram correlação positiva com problemas atencionais, corroborando a hipótese. Esses achados são consonantes com estudos de Reale et al. (2017), e Schei et al. (2013), no qual identificam que psicopatologias e outras variáveis estão associadas ao TDAH, como por exemplo, problemas emocionais (sintomas de ansiedade e de depressão) e comportamentais (transtorno opositor desafiador). Shei et al. (2013), apontam que, o funcionamento familiar e a qualidade de vida de adolescentes com TDAH sem problemas emocionais ou de conduta adicionais é significativamente melhor do que para adolescentes com TDAH e comorbidades associadas. Os autores também apontam que essas comorbidades podem aumentar substancialmente o comprometimento do indivíduo nas relações e ambientes que convive. De acordo com Reale et al. (2017), o risco de depressão em pacientes com TDAH parece ser em grande parte mediada pela

co-ocorrência de transtornos comportamentais como o de conduta. Esses achados também sustentam a importância de uma abordagem multiprofissional para o desenvolvimento de intervenções biopsicossociais compatíveis com a intensidade e a qualidade dos sintomas.

No presente estudo, meninos apresentaram maior prevalência de problemas referentes à atenção e comportamento, corroborando a hipótese. Uma possível explicação para tal fenômeno é o fato de que as meninas apresentam maiores sintomas relacionados a problemas emocionais e menores sintomas de hiperatividade ou problemas de conduta. Em geral, os problemas emocionais tendem a ser menos perceptíveis do que os problemas comportamentais mais prevalentes em meninos, justificando a disparidade na prevalência do diagnóstico (Mowlem et al., 2019; Sayal et al., 2018). Entretanto no presente estudo, não se identificou diferenças de média entre meninas e meninos em relação a problemas emocionais, ao contrário do que foi formulado como hipótese. Uma possível razão para isso é que, os problemas internalizantes são mais dificilmente percebidos e acabam por dificultar a identificação por parte dos responsáveis que convivem com a criança (Borsa, Souza & Bandeira, 2011). Salienta-se também a importância de se levar em consideração que, a prevalência dos problemas internalizantes estão associados a diversas outras variáveis como ambiente escolar, renda, idade e aspectos culturais, além do sexo (Bordin et al., 2009). Esse achado corrobora a importância do desenvolvimento de novos estudos sobre TDAH e outras variáveis sociodemográficas, que investiguem com mais profundidade a relação dos papéis de gênero e os problemas comportamentais e emocionais na infância.

Um outro fator abordado na presente pesquisa foi quanto à prevalência de sintomas de TDAH, problemas emocionais e comportamentais entre estudantes das escolas pública e privada. Não foram formuladas hipóteses específicas para estas variáveis, entretanto, não foi constatada diferença significativa de médias entre tais grupos no presente estudo. No Brasil, a maioria das crianças que frequentam escolas

públicas, comparadas àquelas estudantes de escolas privadas, fazem parte de famílias de baixa renda (Borsa & cols., 2011). A associação entre os tipos de escola e os problemas comportamentais eram esperados, visto que, o nível socioeconômico é um fator de grande importância no surgimento de problemas comportamentais na infância (Dubowitz, 2010; Slopen, Fitzmauric, Williams & Gilman, 2010). Importante pontuar que diferenças na prevalência de sintomas de TDAH entre crianças de escolas públicas e privadas não é um recorte comumente abordado em pesquisas nacionais ou internacionais.

No contexto nacional, em particular, sabe-se que o perfil dos estudantes de escolas públicas e privadas são bastante distintos dependendo da região em que vivem e do bairro ou região em que tais escolas estão localizadas. Dessa forma, essa segmentação talvez não tenha sido adequada para caracterizar os grupos, do ponto de vista do status socioeconômico. Assim, ainda são necessários novos estudos que investiguem tal relação. Em especial, para trabalhos futuros, faz-se necessário estudar a prevalência de TDAH em crianças de acordo com a renda familiar ao invés de uma investigação pelos tipos de escolas frequentadas pelas crianças, permitindo preencher algumas lacunas na literatura sobre o tema (Saya et al., 2018).

Quanto às faixas etárias, não foram formuladas hipóteses específicas para tais variáveis, entretanto, os achados apontam que não houve diferença significativa de média entre os indicadores de problemas de atenção, problemas comportamentais, problemas emocionais e as faixas etárias específicas. Uma possível explicação para tal resultado é de que, apesar das faixas etárias serem distintas, alguns comportamentos se repetem como os agressivos, verificados como uma das queixas principais em todas as faixas etárias entre crianças e adolescentes (Wielewicky, 2011).

Considerações finais

O presente estudo buscou identificar os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma amostra de crianças da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Buscou-se, também, investigar associação entre os sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e problemas emocionais e/ou comportamentais e identificar se há diferença entre os níveis de tais sintomas com relação ao sexo, idade e tipos de escolas (públicas e privadas).

A relação entre indicadores de TDAH, problemas emocionais e comportamentais encontrados no presente estudo, corroboram os achados da literatura e a hipótese norteadora deste trabalho. Do mesmo modo, níveis mais elevados de tais sintomas em meninos também foram verificados, confirmando a hipóteses inicial. Outra associação esperada e corroborada pelos dados foi, a identificação de sintomas de hiperatividade e déficit de atenção e problemas comportamentais estarem mais frequentemente encontrados em meninos do que em meninas e ao contrário do esperado, não foram encontrados maiores níveis de problemas emocionais em meninas, como também não foram encontradas diferenças entre crianças de diferentes faixas etárias e oriundas de escolas públicas e privadas no que se refere aos sintomas emocionais e comportamentais investigados.

Algumas limitações também podem ser observadas no presente estudo como, por exemplo, o perfil da amostra composta especificamente por crianças da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. A metodologia baseada em auto e heterorrelato está também associada a limitações, sendo fonte de viés na obtenção de informações, onde o vínculo estabelecido pelo respondente externo e o avaliado pode impactar de forma negativa as respostas informadas, ou até mesmo quanto a não compreensão do que lhe é pedido no teste, principalmente por não conhecer uma palavra apresentada.

Salienta-se, a necessidade de novas investigações, com amostras mais amplas e diversificadas, que permitam compreender a relação entre problemas emocionais e comportamentais e características sociodemográficas. Tal discurso é especialmente importante no Brasil, dada a acentuada desigualdade social e econômica que, por sua vez, repercute de maneira significativa na qualidade de vida e no desenvolvimento global de crianças e adolescentes.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: Research Centre for Children, Youth and Families, University of Vermont.
- American Psychiatric Association- APA. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association- APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Amiri, S., Shafee-Kandjani, A. R., Fakhari, A. Abdi, S. Golmirzaei, J. ... Safikhanlo, S. (2013). Psychiatric Comorbidities in ADHD Children: An Iranian Study among Primary School Students. *Arch Iran Med* 16(9), 513–517. doi: 013169/AIM.006.
- Arruda, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E. & Polanczyk, G. V. (2015). TDAH e estado de saúde mental em crianças brasileiras em idade escolar. *J Desordem atten*, 19(1), 11-17. doi: 10.1177 / 1087054712446811.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. C. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 92-100. doi: 10.1590/s0034-89102009000800014.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção- ABDA. O que é TDAH? (2017). Retrieved from <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>.
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). (2019). Sobre o TDAH. Retrieved from <https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>.
- Bakare, M. O. (2012). Attention deficit hyperactivity symptoms and disorder (ADHD) among African children: a review of epidemiology and co-morbidities. *Afr J Psychiatry*, 15(5), 358–361. doi: 10.4314/ajpsy.v15i5.45.
- Barkley, R. A. (2012). *Transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade: guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Bordin, I. A. S, Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e adolescência): dados preliminares. *Revista ABP- APAL*, 17(2), 55-66.
- Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 336-44. doi.org/10.2471/BLT.07.043125
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M. ... Silves, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13-28. doi.org/10.1590/S0102311X2013000100004.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 15-29. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200002.
- Díaz, A., Jiménez, J., Rodríguez, C., & Afonso, M. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología Y Educación*, 8(2), 155-170. Retrieved from <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/96.pdf>.
- Donker, G. A., Groenhof, F., Vanderveen, W. J. (2005). Increasing trend in prescription of methylphenidate in general practices in the north-east of the Netherlands, 1998-2003. *Ned Tijdschr Geneesk*, 149(31), 1742-1747.
- Dubowitz, T. (2010). Access to food: getting to some of the root mediators of psychiatric illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 437-438. doi.org/10.1097/00004583-201005000-00002
- DuPaul, G. J., Morgan, P. L., Frakas, G., Hillemeier, M. M. & Maczuga, S. (2017). Eight-year latent class trajectories of academic and social functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(5), 979-992. doi.org/10.1007/s10802-017-0344-z.
- Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Nelson, P., Polanczyk, G. V., Flaxman, A. D., Vos, T., ... Scott, J. G. (2013). Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12), 1263-1274. doi:10.1111/jcpp.12144.
- Eyre, O., Langley, K., Stringaris, A., Leibenluft, E., Collishaw, S. & Thapar, A. (2017). Irritability in ADHD: associations with depression liability. *Journal of Affective Disorders*, 215(1), 281-287. doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.050.

- Farbstein, I., Mansbach-Kleinfeld, I., Auerbach, J. G., Ponizovsky, A. M., Apter, A. (2014). The Israel Survey of Mental health among adolescent: prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity, methylphenidate use and help seeking patterns. *Isr Med Assoc J*, 16(9), 568-573. Retrieved from <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/92/46423.pdf>.
- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275954>.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogni Emot.* 32(7), 1401-1408. doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698.
- González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Alvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 105-112. doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.003.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Gordon-Lipkin, E. Marvin, A. R, Law, J. K. & Lipkin. P. H. (2018). Anxiety and Mood Disorder in Children With Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Pediatrics*, 141(4), e20171377. doi: 10.1542/peds.2017-1377.
- Graeff, R. L. & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361. doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005.
- Grevet, E. H., Salgado, C. A. I., Zeni, G. & Abreu, B. P. (2007). Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 56(1), 34-38. doi.org/10.1590/S0047-20852007000500008.
- Halldorsdottir, T., Ollendick, T. H., Ginsburg, G., Sherrill, J., Kendall, P. C., Walkup, J. ... Piancentini, J. (2015). Treatment outcomes in anxious youth with and without comorbid ADHD in the CAMS. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 985-991. doi: 10.1080/15374416.2014.952008.
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. P. (2015). A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): uma revisão de literatura. *Psicologia*, 29(2), 47-62. doi.org/10.17575/rpsicol.v29i2.1031.
- Lacet, C. & Rosa, M. D. (2017). Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, 26(2), 231-253. doi: org/10.23925/2594-3871.
- Lingineni, R. K., Biswas, S., Ahmad, N., Jackson, B. E., Bae, S., & Singh, K. P. (2012). Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. *BMC Pediatrics*, 12(1). doi:10.1186/1471-2431-12-50.

- Martel, M. (2013). Individual differences in attention deficit hyperactivity disorder symptoms and associated executive dysfunction and traits: Sex, ethnicity, and family income. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 83(2), 165-175. doi: 10.1111/ajop.12034.
- McLennan J. D. (2016). Understanding attention deficit hyperactivity disorder as a continuum. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 62(12), 979-982.
- Moura, L. T., Silva, K. P. & Silva, P. M. (2019). Alunos com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade): um desafio na sala de aula. *Revista eletrônica acervo saúde*, 22(22), 1-7. doi.org/10.25248/reas.e611.2019.
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Lichtenstein, P., Asherson, P. & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 28(4), 481-489. doi: 10.1007/s00787-018-1211-3. Epub 2018 Aug 10.
- O'Leary, C., Bourke, A., Ansell, D. (2014). Comparing the influence of month of birth and gender in two academic years on attention deficit hyperactivity disorder diagnoses (ADHD) among children in the health improvement network (THIN) UK data. *Value in Health* 17(3), A1-A209. doi.org/10.1016/j.jval.2014.03.1226.
- Oliveira, D. B., Ragazzo, A. C. S. M., Barreto, N. M. P. V. & Oliveira, I. R. (2016). Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma escola pública da cidade de Salvador, Bahia. *Revista de ciências médicas e biológicas*, 15(3), 354-358. doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18215.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381.
- Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture, *Current Psychiatry Reports*, 10(5), 419-423. doi: 10.1007/s11920-008-0067-5.
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P. ... Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(1), 1443-1457. doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. doi:10.1016/s2215-0366(17)30167-0.
- Schei, J., Jozefiak, T., Novik, T. S., Lydersen, S. & Indredavik, M. S. (2013). The impact coexisting emotion and conduct problems on family functioning and quality of life among adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(5), 424-433. doi: 10.1177/1087054713507976.

- Schmiedeler, S., & Schneider, W. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: Diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 460–475.
- Schimitt, J. C. & Morando, E. M. G. (2017). TDAH e desempenho acadêmico: uma descrição do conhecimento atual. *INFAD Revista de Psicologia*, 2(2), 279-288. doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.110.
- Slopen, N., Fitzmauric, G., Williams, D. R., & Gilman, S. E. (2010). Poverty, food insecurity, and the behavior for childhood internalizing and externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 444-452. doi.org/10.1097/00004583-201005000-00005.
- Spencer, T.J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Ambulatory pediatrics*, 7(1), 73-81. doi: 10.1016/j.ambp.2006.07.006.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. & Stergiakoili, E. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of disease in childhood*, 97(3), 260-265. doi: 10.1136/archdischild-2011-300482.
- Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. (2015) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482.
- Virtuoso, S. (2016). *Avaliação do tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e de dados de prescrição* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.
- Wielewicki, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19(2),379-389. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a03.pdf>.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8.
- Xia, W., Shen, L. & Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and selfreported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 27(6), 356-367. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.215115.

Submetido em: 14.07.2020

Aceito em: 04.12.2020