

ARIETA DE JESUS FELISBERTO OLIVEIRA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ENTRE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE (TDAH) EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa , como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Bruno David Henriques

Coorientadores: Silvia Almeida Cardoso
Tiago Ricardo Moreira

VIÇOSA - MINAS GERAIS

2022

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

O48a
2022

Oliveira, Ariêta de Jesus Felisberto, 1983-
Adesão ao tratamento medicamentoso entre crianças e
adolescentes com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade
(TDAH) em uma unidade de atendimento ambulatorial / Ariêta
de Jesus Felisberto Oliveira. – Viçosa, MG, 2022.
1 dissertação eletrônica (81 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexos.

Orientador: Bruno David Henriques.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Medicina e Enfermagem, 2022.

Inclui bibliografia.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2023.004>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Crianças hiperativas. 2. Distúrbio do déficit de atenção
com hiperatividade - Tratamento. 3. Medicamentos - Prescrição.
4. Metilfenidato. I. Henriques, Bruno David, 1983-.
II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. III. Título.

CDD 22. ed. 618.928589

Bibliotecário(a) responsável: Euzébio Luiz Pinto CRB-6/3317

ARIETA DE JESUS FELISBERTO OLIVEIRA

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ENTRE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO /
HIPERATIVIDADE (TDAH) EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 16 de dezembro de 2022

Assentimento:

Arieta de Jesus Felisberto Oliveira
Autora

Bruno David Henriques
Orientador

*Dedico esse trabalhos aosmeusfilhos
Tainá e Henrique, a razão de tudo é vocês.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua presença em minha vida, por me instruir, capacitar e guiar neste caminho que sempre nos leva ao próximo.

Aos meus pais, Tunica e Ari por tanto cuidado comigo e com meus filhos.

Aos meus filhos Tainá e Henrique, vocês são minha motivação.

Ao meu esposo Mauro que sempre esteve ao meu lado me apoiando, essa conquista é nossa.

Aos meus irmãos Ariane e Arilsson vocês são minhas inspirações.

Aos meus familiares em especial minha Tia Zezeca, cunhados, sobrinhos que a todo momento demonstraram tanto orgulho de mim, meu muito obrigada.

Aos meus amigos de vida e de estrada Rafaela, Aparecida, Dante e Lucas que sempre fizeram a estrada de Ponte Nova a Viçosa ser mais curta, por ter tanta paciência em me escutar, por me incentivarem, vocês foram muito importantes nesse processo.

A Dra. Marina Silva de Lucca não conseguiria descrever em palavras a gratidão por todo seu cuidado e carinho durante todos esses anos de trabalho e de mestrado.

Aos meus colegas de trabalho meu muito obrigada.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

Ao meu orientador Bruno que sempre acreditou em mim mesmo quando eu mesmo não o fazia, você é um exemplo.

Aos meus co-orientadores em especial a Professora Silva que mesmo antes do mestrado já me inspirava a seguir esse caminho e durante todo o processo se fez presente de uma forma singular.

Aos meus colegas de turma que mesmo sem nenhum encontro presencial fizeram essa jornada ser inclível.

Aos pacientes do ambulatório de psiquiatria infantil e seus responsáveis pela participação voluntária, serei eternamente grata pelo carinho e disponibilidade.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior–Brasil (CAPES).

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(AlbertEinstein)

RESUMO

FELISBERTO, Arieta de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2022. **Adesão ao tratamento medicamentoso entre crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma unidade de atendimento ambulatorial.** Orientador: Bruno David Henriques. Coorientadores: Silvia Almeida Cardoso e Tiago Ricardo Moreira.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio neurocomportamental comum da infância, podendo afetar crianças e seu desempenho acadêmico, bem-estar e interações sociais. Suas características são impulsividade, hiperatividade, inquietude e falta de atenção inconsistente com o nível de desenvolvimento. Seu diagnóstico é clínico, e o tratamento tem como medicação de primeira escolha o metilfenidato (MDH) um estimulante do sistema nervoso central. O presente estudo tem o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento farmacológico de crianças e adolescentes atendidas em ambulatório especializado, de psiquiatria pediátrica, no interior de Minas Gerais/Brasil. Trata-se de um estudo, conduzido na Unidade de Atendimento Especializado de Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa – MG/Brasil. Participaram do estudo 54 pacientes, com diagnóstico de TDAH, em uso de metilfenidato, com idade entre 06 e 14 anos incompletos, no período de outubro de 2020 a março de 2022. Os atendimentos foram individuais, durante consultas no ambulatório conduzidas por acadêmico de psicologia, medicina e residentes de medicina sobre a supervisão do professor/preceptor. Os dados coletados foram inseridos na plataforma *RedCap*, e tabulados no Excel no *Software Microsoft Excel 2016* e processados pelo *software IBM SPSS 20*, considerando um nível de significância de 5%. Após estratificar as variáveis foram apresentadas categorizadas com as respectivas distribuições de frequências absoluta e relativa para caracterização do perfil das crianças e adolescentes, seus cuidadores e família, bem como para perda amostral ao longo da pesquisa e método de avaliação da adesão. Para comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas foram utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson, para comparar prevalências entre variáveis categóricas com duas categorias cada e o teste Exato de Fisher, quando um dos grupos apresentou amostra inferior a cinco observações. Dos 54 participantes da pesquisa 55,6% eram do sexo masculino, 71,4% tinham entre 6 a 9 anos, sendo a maioria do município de Viçosa 81,5%, houve uma predominância de mães como

cuidadora principal em 88,7%. O método MAT foi aplicado a 33 pacientes após 4 semanas com 96,96% de adesão e a 23 pacientes com 8 semanas apresentando 95,65% de adesão. A limitação do estudo foi o tamanho amostral que influenciou diretamente nas análises impossibilitando um resultado estatisticamente significativo acerca do tema.

Palavras chaves: Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Adesão à Medicação. Criança. Metilfenidato.

ABSTRACT

FELISBERTO, Arieta de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2022. **Adherence to drug treatment among children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in an outpatient Care Unit.** Adviser: Bruno David Henriques. Co-advisers: Silvia Almeida Cardoso and Tiago Ricardo Moreira.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common childhood neurobehavioral disorder, which can affect children and their academic performance, well-being and social interactions. Its characteristics are impulsivity, hyperactivity, restlessness and inattention inconsistent with the level of development. Its diagnosis is clinical, and the first-choice treatment is methylphenidate (MDH), a central nervous system stimulant. The present study aims to evaluate the adherence to pharmacological treatment of children and adolescents treated at a specialized pediatric psychiatry outpatient clinic in the interior of Minas Gerais/Brazil. This is a study conducted at the Specialized Health Care Unit of the Federal University of Viçosa, Viçosa – MG/Brazil. The study included 54 patients diagnosed with ADHD, using methylphenidate, aged between 06 and 14 years old, from October 2020 to March 2022. The consultations were individual, during outpatient consultations conducted by a psychology student, medicine and medical residents under the supervision of the teacher/preceptor. The collected data were entered into the RedCap platform, tabulated in Excel in Microsoft Excel 2016 software and processed by IBM SPSS 20 software, considering a significance level of 5%. After stratifying the variables, they were presented categorized with the respective distributions of absolute and relative frequencies to characterize the profile of children and adolescents, their caregivers and family, as well as for sample loss during the research and adherence assessment method. Sociodemographic, economic and profile of the caregivers of the final sample of the study and of the losses after 8 weeks, Pearson's Chi-square tests were used to compare prevalences between categorical variables with two categories each and Fisher's Exact test, when one of the groups presented a sample of less than five observations. Of the 54 research participants, 55.6% were male, 71.4% were between 6 and 9 years old, with the majority from the city of Viçosa 81.5%, there was a predominance of mothers as the main caregiver in 88.7%. The MAT method was applied to 33 patients after 4 weeks with 96.96% adherence and 23 patients after 8 weeks with 95.65% adherence. The limitation of the study was the sample size, which

directly influenced the analyzes, preventing a statistically significant result on the subject.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Adherencia a la Medicación. Child. Methylphenidate.

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 -	Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico das crianças e adolescentes e suas famílias. Viçosa-MG, 2022.....	26
Tabela 2 -	Caracterização do perfil dos cuidadores/responsáveis pelas crianças e adolescentes. Viçosa-MG, 2022.....	27
Tabela 3 -	Perda amostral de acordo com o método de adesão. Viçosa-MG, 2022.....	27
Tabela 4 -	Comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas. Viçosa-MG, 2022.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
DMS-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
UAES	Unidade de Atenção Especializada em Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa
SUS	Sistema Único de Saúde
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
CEPE	Conselho de Ética e Pesquisa
UFMG	Universidade Federal de Viçosa
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
SPSS	Statistical Package for Social Science
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SNC	Sistema Nervoso Central
CES-D	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
IDATE	Inventário de Ansiedade traço – Estado
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
MFD	Metilfenidato
SNAP-IV	Escala Swanson, Nolan e Pelham versão IV
ASR 18	Adult Self-Report Scale
AUDIT	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	14
2.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	14
2.3 TRATAMENTO DO TDAH	16
2.4 ADESÃO FARMACOLÓGICA.....	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 LOCAL DO ESTUDO	20
4.3 PARTICIPANTES.....	21
4.4 COLETA DE DADOS	21
4.5 ANÁLISE DE DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
4.7 CONSTRUÇÃO DA CARTILHA.....	24
5. RESULTADOS	25
5.1 ARTIGO	25
5.2 PRODUTO TÉCNICO	39
6. CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	63

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), é um transtorno do neurodesenvolvimento, destaca-se como um dos transtornos mais encontrados entre as crianças e adolescentes. Trata-se um problema crônico que pode afetar a vida do indivíduo até a fase adulta. Só no Brasil estima-se que a prevalência do TDAH varie entre 7% em crianças e 12,7% entre os adolescentes. Dentre os tratamentos propostos para a doença destaca-se o medicamentoso, sendo os neuro-estimulantes o de primeira linha com a eficácia e segurança descrita em diversos estudos. O tratamento tem como o objetivo melhorar a qualidade de vida e prevenir os desfechos negativos que o transtorno pode causar como: reprovação e evasão escolar, uso de substâncias, gravidez na adolescência, depressão, suicídio, entre outros. Mas essa adesão pode sofrer influência de vários fatores como preconceito, disponibilidade do medicamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), crenças e questões familiares (FRANKE et al., 2018; WOLRAICH et al., 2019; PAULA et al., 2007; AUSTERMAN, 2015; FREESE et al, 2012; BOLAND et al., 2020). Estudos demonstram que a família tem um papel importante no tratamento do TDAH, que elas podem sofrer diversas barreiras que podem levar a não adesão medicamentosa, que essas dificuldades impostas pelo transtorno podem tornar o ambiente familiar conflituoso gerando um aumento do estresse nos cuidadores levando a um quadro de ansiedade e depressão e ao mesmo tempo agravando o quadro da criança (PENKOWER et al., 2003; DEL BIANCO; CARDOSO, 2016). Dessa forma o estudo mostra-se relevante ao buscar identificar os fatores envolvidos no processo de adesão e propor ações que proporcione mais informação aos cuidadores e assim conscientizar as famílias sobre a importância de uma adesão medicamentosa mais efetiva minimizando os desfechos negativos gerados pela não adesão do tratamento medicamentoso.

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreendeu: introdução, objetivos gerais e específicos, metodologia, uma cartilha, um artigo científico e uma conclusão. A cartilha destinada a pais e responsáveis traz orientações gerais sobre o TDAH e a importância de um tratamento adequado. O artigo intitulado “Adesão ao tratamento com metilfenidato em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): um estudo

descritivo exploratório” foi formatado de acordo com as normas da revista *Acervo Saúde*, (Qualis B1 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSTORNOS MENTAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

Crianças e adolescentes, quando bem sucedidos em seu processo de desenvolvimento, tornam-se adultos saudáveis e competentes para responder às demandas de seu ambiente emocional, social, familiar e profissional. Segundo a Organização Mundial de Saúde, esse público responde por cerca de 30% e 14,2% da população mundial, respectivamente (GAUY; GUIMARAES, 2006; THIENGO et al, 2014).

Quando se avalia a presença de transtornos mentais, estudos indicam que em 50% a 75% dos casos têm início na infância e na adolescência. Com prevalência média global de 15,8%, e com idade média em idade pré-escolar em 10,2% (KESSLER et al., 2007; THIENGO et al, 2014). Além disso, estima-se que no Brasil essa prevalência possa variar entre 7% para crianças e 12,7% para adolescentes (PAULA et al., 2007). Os transtornos mais encontrados nessa faixa etária são: depressão, ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uso de substância e por fim e o transtorno de conduta (THIENGO et al, 2014).

2.2 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Síndrome Hiperkinética descrita inicialmente pelo médico inglês George Still como “Déficit de controle Moral” e depois como Síndrome da Disfunção Cerebral Mínima, é uma desordem comportamental que se inicia na infância. Trata-se da interação de fatores biológicos e psicossociais, sendo um dos problemas mais prevalentes em serviços de saúde mental. É descrita como uma doença crônica e persistente que pode atingir a vida adulta, afetando o convívio social, qualidade de vida, desempenho acadêmico, dentre outras questões (FRANKE et al., 2018; WOLRAICH et al., 2019; MIRANDA et al.,1999; LATORRE et al.,1973).

O diagnóstico clínico do TDAH é realizado a partir da avaliação de aspectos socioambientais e pela exclusão de outras patologias. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) é utilizado como base na classificação da patologia e aborda três subtipos: apresentação predominantemente desatenta caracterizada pela dificuldade de prestar atenção nos detalhes, erros em atividades escolares por descuido, em atividades lúdicas não conseguem prestar atenção, dificuldades para organizar e terminar tarefas em casa, na escola ou no trabalho, quando proposto atividade que requer esforço mental tentam não se envolver, perde objetos e coisas necessárias para tarefa e atividades, muito distraídas a qualquer estímulo e apresenta esquecimentos em atividades diárias, apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada onde o hiperativo caracterizado por apresentar frequentemente agitação nas mãos e pés, se remexer constantemente na cadeira e levantando mais do que esperado, correr e escalar nas coisas em situações inapropriadas, aparentemente estando a “mil”, falando o tempo todo, já o impulsivo apresenta sintomas como dificuldade de esperar sua vez, dar e resposta precipitadas antes mesmo da pergunta ser concluída (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A utilização de escalas como a SNAP-IV (MATTOS et al., 2006) e a avaliação neuropsicológica auxiliam, respectivamente, na triagem de TDAH e na caracterização do perfil cognitivo das crianças.

Para o diagnóstico, a idade média é de sete anos. Nessa faixa etária os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade ficam mais evidentes, podendo apresentar intensidade e duração maiores do que o esperado em relação ao ponto de corte de referência que é a ausência do problema. Esse comportamento pode ocorrer em pelo menos dois ambientes, causando prejuízos em nível individual e coletivo (DRECHSLER et al., 2020). Crianças do sexo masculino têm maiores chances de receber diagnóstico de TDAH e são mais propensos a apresentarem o transtorno desafiador de oposição, assim como o transtorno de conduta. As crianças do sexo feminino apresentam, com maior frequência, a forma desatenta, com isso, maior probabilidade de desenvolverem quadros de ansiedade e depressão. Além disso, é comum o TDAH apresentarem comorbidades, como transtorno de oposição e desafio e o transtorno de conduta. Essa associação agrava o quadro, reduz a qualidade de vida e aumenta os riscos de mortalidade (DALSGAARD et al., 2015; FRANKE et al., 2018; REALE et al., 2017).

2.3 TRATAMENTO DO TDAH

O tratamento do TDAH envolve intervenções multidisciplinares e integradas como: farmacológicas, terapias cognitivo-comportamentais, treinamento de pais, psicopedagógicas. Essa organização está diretamente relacionada à necessidade de cada indivíduo (DRECHSLER et al., 2020). A partir dos 6 anos de idade, o tratamento farmacológico é essencial, se apresentando como a abordagem de primeira linha. Os estimulantes são as medicações mais eficazes, com segurança e eficácia comprovadas em diversos estudos (AUSTERMAN, 2015).

No Brasil, encontra-se aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o Metilfenidato (MFD) com diferentes nomes comerciais que varia de acordo com seu tempo de ação e duração. Nessa descrição encontramos a, Ritalina, Ritalina LA, Concerta, (tempo de ação com duração de 4, 8 ou 12 horas), a lisdexanfetamina (tempo de ação de 12 horas) e a atomoxetina. Como efeitos colaterais mais relatados, destacam-se a falta de apetite, cefaleia, o nervosismo e a alteração do padrão de sono (SHARMA; COUTURE, 2013).

O MFD é um estimulante moderado do Sistema Nervoso Central (SNC), embora seu mecanismo de ação não seja totalmente conhecido, acredita-se que ele possa inibir os transformadores de dopamina e norepinefrina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica produzindo assim, efeito excitatório no SNC aumentando a atenção e diminuindo a inquietação (FREESE et al, 2012).

O TDAH está associado ao aumento de mortalidade e desfechos negativos, como acidentes domésticos, de trânsito, número de multas de trânsito, reprovação e evasão escolar, gravidez na adolescência, divórcio e perda de emprego. Por outro lado, o tratamento farmacológico com estimulantes, tem efeito protetor contra acidentes gerais e de trânsito, transtornos de humor, suicídio, criminalidade, transtornos por uso de substâncias e desfechos negativos educacionais (BOLANDA et al., 2020).

2.4 ADESÃO FARMACOLÓGICA

A adesão a tratamento está diretamente relacionada a aceitação e ao reconhecimento da doença, para isso é necessário que o paciente e seus familiares estejam de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, essas orientações estão intimamente ligadas à terapia medicamentosa. A presença de uma equipe multidisciplinar, em especial a do enfermeiro pode contribuir de forma eficaz nessa adesão, pois ele assume a corresponsabilidade das ações do cuidado, e por meio do conhecimento científico, pode promover educação em saúde levando informações sobre a doença, o tratamento e a prevenção de agravos, melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares (VITOR, et al.,2011; MENEZES; GOBBI, 2010).

Com relação à adesão ao tratamento medicamentoso, existe a influência de diversos fatores. Como exemplo podemos citar a disponibilidade do medicamento no Sistema Único de Saúde (SUS), o regime posológico, estigmas sociais a respeito das medicações e da doença, os efeitos colaterais, a eficácia do tratamento, a falta de conhecimento sobre a doença, entre outros (BHANG et al., 2017).

Para verificar a adesão medicamentosa, existem dois métodos descritos na literatura; o direto e o indireto. O primeiro consiste em medir a concentração do fármaco ou metabólito no sangue ou através da detecção de marcadores biológicos adicionados no fármaco. Já o método indireto consiste no autorrelato por meio da utilização de questionário e/ou entrevista, da resposta clínica e da contagem das cartelas vazias (BOND; HUSSAR,1991; O'BRIEN et al.,1992).

A família tem um papel importante na adesão tratamento no TDAH assim como em outras doenças crônicas, podendo enfrentar barreiras que incluem estresse, conflitos familiares, aborrecimento diários, falta de compreensão do diagnóstico por parte dos pais, preocupações com a droga, condições financeiras, idade dos filhos, barreiras essas que podem levar as crianças a não aderirem ao tratamento (PENKOWER et al.,2003).

As dificuldades impostas pelo TDAH levam a uma sobrecarga das famílias (DEL BIANCO FARIA; CARDOSO,2010). Crianças hiperativas e desatentas demandam mais assistência das mães além de indicar que, embora as mães sejam

mais responsáveis pelo cuidado (CAMPBELL, 2004; WAGNER et al., 2005), eles são mais obedientes aos pais (BARKLEY,2002). Outros estudos indicam que o ambiente familiar pode levar ao agravamento do quadro, assim como a agitação pode acarretar o estresse das mães, gerando ambientes desorganizados e com conflitos (DEL BIANCO; CARDOSO, 2016; SANTOS; CARDOSO, 2015; SCHROEDER; KELLY, 2009).

Portanto, é necessário identificar os fatores envolvidos no processo de adesão, além de elaborar intervenções que tenham a capacidade de prevenir e/ou corrigir esse tipo de comportamento. Nesse contexto, o presente estudo busca ampliar a compreensão sobre as dificuldades e limitações dos familiares de crianças portadoras de TDAH com indicação de tratamento farmacológico. Diante do exposto, as seguintes questões nortearam esta pesquisa: Qual o nível de adesão ao tratamento medicamentoso no TDAH? Quais fatores estão associados a adesão ao tratamento medicamentoso do TDAH?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOGERAL

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de crianças atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil do interior de Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOSESPECÍFICOS

- Rastrear as crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH atendidas em serviço especializado;
- Conhecer o perfil socioeconômico e clínico dos participantes;
- Avaliar a adesão ao medicamento conforme a prescrição médica;
- Identificar sintomas psiquiátricos nos responsáveis das crianças e adolescentes.
- Produzir material técnico para divulgação do tema do estudo.

4. MATERIAISEMÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório que permite obter informações acerca das características dos sujeitos, ou ainda obter dados sobre a frequência de determinado fenômeno. Que busca avaliar a adesão medicamentosa em crianças e adolescentes entre 6 a 14 anos com TDAH atendidas em um ambulatório de psiquiatria infantil que funciona em uma unidade de ensino de uma Universidade Federal (UFV) do interior de Minas Gerais.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Atendimento Especializado em Saúde (UAES), do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Trata-se de um ambulatório e escola da Universidade Federal de Viçosa (UFV) caracterizado como um centro de difusão de conhecimento mediante as práticas de ensino, pesquisa e extensão. Os atendimentos são realizados por alunos da graduação e da residência médica, supervisionado por professores e/ou preceptores. Os pacientes são encaminhados ao ambulatório de psiquiatria infantil por médico ou psicólogo via secretaria de saúde do município. A unidade é totalmente integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), prestando assistência especializada para a microrregião de Viçosa. O território é composto por 9 (nove) municípios sendo eles: Araponga, Canaã, Cajuri, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeira, e Viçosa e a cidade de Coimbra, que mesmo pertencendo a outra região de saúde, por proximidade territorial integra o Consórcio de Saúde da Microrregião de Viçosa. O serviço é referência para uma população de aproximadamente 146508 (cento e quarenta e seis mil quinhentos e oito) pessoas.

4.3 PARTICIPANTES

Os sujeitos foram crianças e adolescentes com idade entre 6 e 14 anos incompletos, de ambos os sexos, com o diagnóstico clínico de TDAH e sem doenças clínicas que tenham em sua fisiopatologia alterações do sistema imunológico ou outros transtornos psiquiátricos (exceto, tiques, enurese e transtorno desafiador e de oposição – TOD - pela alta prevalência como comorbidade associada ao TDAH).

Foram incluídas as crianças e adolescentes portadoras de TDAH atendidas no ambulatório de psiquiatria Infantil em tratamento medicamentoso com metilfenidato, conforme os critérios: crianças e adolescentes de ambos os sexos em tratamento ambulatorial, idade entre 06 e 14 anos, virgens de tratamento medicamentoso para TDAH, sem uso de outras medicações de forma crônica que possam interferir no sistema imune ou BDNF (Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro). Foram excluídas as crianças e adolescentes atendidas na pesquisa maior, mas que não tinham indicação de tratamento medicamentoso com metilfenidato. Os pacientes passaram por abordagem multidisciplinar envolvendo avaliação psicológica, neuropsicológica e médica especializada (psiquiatria infantil), para realização de diagnóstico e conduta médica. Após ser avaliada a necessidade do uso da medicação os pais foram esclarecidos sobre o tratamento proposto e a indicação medicamentosa somente foi prescrita mediante aceitação dos responsáveis.

4.4 COLETA DE DADOS

A amostra foi composta por conveniência temporal utilizando as crianças atendidas em um projeto maior intitulado “Níveis de BDNF, Perfil inflamatório e oxidativo de crianças com Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) antes e após tratamento com Metilfenidato”, entre o período de setembro de 2020 a março de 2022. Os participantes foram convidados através de chamadas com divulgação da pesquisa em Unidades de Atenção Primária, secretarias de educação, imprensa local, site oficial da Universidade Federal de Viçosa e redes sociais (WhatsApp, Instagram e Facebook). Durante todo o processo de divulgação foram informados os critérios para a participação que foram crianças que apresentasse alteração no comportamento sugestivo de agitação, desatenção ou dificuldade no aprendizado, que tivesse de 6 a

14 anos e não apresentasse nenhum problema de saúde e nem fizesse uso de medicação de uso contínuo. Para acompanhamento não foi exigido encaminhamento médico. O paciente, ao entrar em contato telefônico era informado sobre o funcionamento da pesquisa e após confirmação do interesse em participar, era realizada uma triagem com as seguintes perguntas: Qual era a queixa da criança? Qual a idade da criança? A criança faz uso de alguma medicação? A criança tem algum problema de saúde? A criança em algum momento já fez uso de ritalina? Após essa triagem os indivíduos que não atendiam aos critérios da pesquisa e tinham um encaminhamento médico eram referenciados para o ambulatório geral de psiquiatria infantil na UAES. Os que não possuíam o documento eram orientados a procurar uma avaliação médica na unidade de saúde de referência para avaliar a necessidade do atendimento especializado. Os pacientes que atenderam o perfil da pesquisa eram agendados para o atendimento médico afim de dar continuidade na pesquisa.

Os dados foram coletados durante as consultas de acompanhamento por acadêmicos de medicina sob supervisão da médica psiquiatra infantil. Os questionários foram aplicados aos responsáveis de todos os pacientes envolvidos no estudo.

No primeiro momento foi realizado uma triagem com os pais onde se aplicou um questionário critério Brasil de classificação para o levantamento dos dados sociodemográficos e econômicos (ANEXO II) parte de um questionário K-Sads PL, e para avaliar a presença de sintomas psiquiátricos nos cuidadores/responsáveis foram utilizados os seguintes instrumentos: CES_D (sintomas de depressão) (ANEXO III); IDATE traço-Estado (ansiedade) (ANEXO IV E V); AUDIT (abuso de álcool) (ANEXOVI) e ASR18 (sintomas de TDAH) (ANEXO VII).

Posteriormente as crianças foram submetidas a entrevista e exames diretos, foram realizado testagem a neuropsicológica, avaliação psicológica, teste psicopedagógico e avaliação nutricional. Nos casos em que as crianças tiveram o diagnóstico confirmado e verificado a necessidade da medicação, o responsável foi orientado, após aceitação da família foi agendado posteriormente uma coleta de sangue e em seguida prescrito a medicação.

Após 4 e 8 semanas de uso do metilfenidato foram aplicados aos cuidadores durante a consulta de acompanhamento os métodos para a avaliação da adesão

medicamentosa, o instrumento denominado MAT (Medida de Adesão ao Tratamento), já utilizado em diversos estudos internacionais (DELGADO et al.,2001) e foi adaptado e validado no Brasil por Borba e colaboradores em 2018 (ANEXO I). O instrumento contém 7 itens e em escala de *Likert*. O questionário que avalia a adesão medicamentosa (MAT) contém perguntas relacionadas à administração do medicamento, esquecimento ou falha nesta administração e os motivos que levaram a esse comportamento, as respostas variam entre sempre que corresponde a menor adesão e a nunca que equivale a maior adesão ao tratamento, onde foram somados os números de pontos das respostas e dividido pelo número de questão (7) , nos caso que os resultados foram maior ou igual a 5 foram considerado adesão medicamentosa. Outro método utilizado foi a contagem de cartela, que se dá a partir da contagem manual de comprimidos presentes nas cartelas, em um determinado intervalo de tempo de acordo com o regime terapêutico prescrito, e relatos dos pais para verificar o grau de coincidência entre a quantidade de comprimidos utilizada pela criança e a quantidade que deveria ter sido utilizada neste mesmo intervalo. De acordo com o regime terapêutico prescrito foi considerado adesão os casos em que apresentavam o uso de 2/3 da medicação (SANTOS; CARDOSO, 2015, LEE et.al.,1996).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no *Microsoft Office Excel 2013* e exportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 20.0 (SPSS).

As variáveis foram apresentadas categorizadas com as respectivas distribuições de frequências absoluta e relativa para caracterização do perfil das crianças e adolescentes, seus cuidadores e família, bem como para perda amostral ao longo da pesquisa e método de avaliação da adesão.

Para comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas foram utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson, para comparar prevalências entre variáveis categóricas com duas categorias cada e o teste Exato de Fisher, quando um

dos grupos apresentou amostra inferior a cinco observações.

Para todos os testes realizados o nível de significância estatística considerado foi α igual a 5% ($p < 0,05$).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto é um desdobramento do projeto intitulado “Níveis de BDNF, Perfil inflamatório e oxidativo de crianças com Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) antes e após tratamento com Metilfenidato”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFV (CEP-UFV) e da UFMG (CEPE), GEPE do Hospital das Clínicas da UFMG número 4.364.744(ANEXO VII). Os pacientes e seu(s) responsável (is) são voluntários e iniciam a intervenção após serem devidamente esclarecido sobre o conteúdo do Termo de Assentimento (TA – ANEXO VIII) e Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável (TCLE – ANEXOIX). A coleta de dados e desenvolvimento do Projeto tem como base a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,2012).

4.7 CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

A construção da presente cartilha foi pautada na literatura científica, feita com o intuito de levar informação sobre o que é o TDAH. Foram utilizados ilustrações lúdicas e um vocabulário acessível ao público alvo. O material foi pensado para fornecer informações aos pais e cuidadores, de forma clara acerca do transtorno, afim de esclarecer dúvidas e ao mesmo tempo facilitar o entendimento sobre o que é o TDAH. Abordando questões como: os sintomas mais frequentes e a importância do tratamento farmacológico. A cartilha também apresenta os desfechos negativos que podem ocorrer devido à negligência dos cuidados pertinentes ao transtorno e ao mesmo tempo leva informação sobre como e onde buscar ajuda quando identificar alterações sugestivas do TDAH.

5. RESULTADOS

Em consonância às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de artigo científico e produto técnico. O artigo apresenta no formato que foi submetido a revista Eletrônica Acervo Saúde (anexo XI).

5.1 ARTIGO

Adesão ao tratamento com metilfenidato em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): um estudo descritivo exploratório

Adherence to methylphenidate treatment in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an exploratory descriptive study

Adherencia al tratamiento con metilfenidato en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): estudio descriptivo exploratorio

Arieta de Jesus Felisberto Oliveira¹, Bruno David Henriques¹, Silvia Cardoso¹,
Thiago Moreira¹, Marina de Lucca¹, Luana Cupertino Milagres¹

RESUMO

Objetivo: O estudo avaliou a adesão ao tratamento farmacológico de crianças atendidas em ambulatório especializado de psiquiatria infantil, no interior de Minas Gerais/Brasil. **Métodos:** O estudo descritivo/exploratório teve a amostra definida por conveniência temporal. Os dados foram coletados de outubro/2020 a março/2022. Os questionários semi-estruturados para identificar perfil sociodemográfico e avaliar os sintomas psiquiátricos nos cuidadores foram aplicados na primeira consulta (pré-tratamento farmacológico) e demais instrumentos, para verificação da adesão medicamentosa, foram aplicados 4 e 8 semanas após o início do uso do metilfenidato, respeitando os aspectos éticos envolvidos em uma pesquisa. **Resultados:** Dos 54

¹Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa – Minas Gerais. *E-mail: arieta.oliveira@ufv.br.

participantes da pesquisa 55,6% eram do sexo masculino, 71,4% tinham entre 6 a 9 anos, (a maioria de Viçosa-MG), havendo predominância de mães como cuidadora principal. Houve perda amostral de 57,4% após 8 semanas. **Conclusão:** Não foi possível correlacionar os dados encontrados com a adesão ao tratamento. A limitação do estudo foi o tamanho amostral, influenciando diretamente nas análises, impossibilitando um resultado significativo. Sugere-se um estudo mais amplo para avaliação mais profunda da adesão medicamentosa do metilfenidato.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, Adesão à Medicação, Criança, Metilfenidato.

ABSTRACT

Objective: The study evaluated the adherence to pharmacological treatment of children attended at a specialized child psychiatry outpatient clinic in the interior of Minas Gerais/Brazil. **Methods:** The descriptive/exploratory study had the sample defined by temporal convenience. Data were collected from October/2020 to March/2022. Semi-structured questionnaires to identify sociodemographic profile and assess psychiatric symptoms in caregivers were applied in the first consultation (pre-pharmacological treatment) and other instruments, to verify medication adherence, were applied 4 and 8 weeks after starting methylphenidate use, respecting the ethical aspects involved in research. **Results:** Of the 54 research participants, 55.6% were male, 71.4% were between 6 and 9 years old (most from Viçosa-MG), with a predominance of mothers as the main caregiver. There was a sample loss of 57.4% after 8 weeks. **Conclusion:** It was not possible to correlate the data found with adherence to treatment. The limitation of the study was the sample size, directly influencing the analyses, preventing a significant result. A broader study is suggested for a deeper evaluation of medication adherence to methylphenidate.

Key words: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Medication Adherence, Child, Methylphenidate.

RESUMEN

Objetivo: El estudio evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico de niños atendidos en un ambulatorio especializado en psiquiatría infantil del interior de Minas Gerais/Brasil. **Métodos:** El estudio descriptivo/exploratorio tuvo la muestra definida por conveniencia temporal. Los datos fueron recolectados de octubre/2020 a marzo/2022. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados para identificar el perfil sociodemográfico y evaluar síntomas psiquiátricos en los cuidadores en la primera consulta (tratamiento prefarmacológico) y otros instrumentos, para verificar la adherencia a la medicación, se aplicaron a las 4 y 8 semanas de iniciado el uso de metilfenidato, respetando los aspectos éticos involucrados en la investigación. **Resultados:** De los 54 participantes de la investigación, 55,6% eran del sexo masculino, 71,4% tenían entre 6 y 9 años (la mayoría de Viçosa-MG), con predominio

de las madres como principal cuidadora. Hubo una pérdida de muestra del 57,4% después de 8 semanas. **Conclusión:**No fue posible correlacionar los datos encontrados con la adherencia al tratamiento. La limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, que influyó directamente en los análisis, impidiendo un resultado significativo. Se sugiere un estudio más amplio para una evaluación más profunda de la adherencia al metilfenidato.

Palabras clave:Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Adherencia a la Medicación, Niño, Metilfenidato.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), definido como um transtorno do neurodesenvolvimento, destaca-se como o mais prevalente em serviços de saúde mental infantil. Trata-se de um problema crônico, com prevalência aproximada de 5% na infância e adolescência e 3% na fase adulta tendendo a persistir na vida adulta, afetando o desempenho acadêmico, o bem-estar e o convívio social(FRANKE B, et al.,2018; WOLRAICH ML, et al.,2019; DRESCHSLER R, et al.,2020). O diagnóstico é clínico e deve ser realizado de forma criteriosa por profissional experiente a partir da presença dos critérios diagnósticos, exclusão de outras patologias e avaliação de problemas socioambientais. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS-5), o TDAH possui 3 formas de apresentação: predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,2014). As escalas, como SNAP-IV, e a avaliação neuropsicológica são utilizadas como instrumento de triagem e para auxiliar na caracterização do perfil cognitivo dessas crianças, porém não substituem a avaliação clínica(MATTOS P, et al., 2006).

- A partir dos 6 anos, o tratamento farmacológico é essencial, sendo a primeira escolha. Deve ser combinados com acompanhamento multidisciplinar, através de terapia cognitivo-comportamental, programas de habilidades sociais, treinamento parental, apoio psicopedagógico. As abordagens podem se integrar e devem ser avaliadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo e núcleo familiar(DRESCHSLER R, et al.,2020). Os estimulantes são as medicações mais eficazes no tratamento do TDAH, com segurança comprovada em diversos estudos(AUSTERMAN J,2015). No Brasil, a agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA) aprovou o uso de metilfenidato (MFD) em diferentes apresentações (tempo de ação com duração de 4, 8 ou 12 horas), da lisdexanfetamina (tempo de ação de 12 horas) e da atomexetina (não disponível no Brasil). A falta de apetite, dores de estômago, cefaleia, irritabilidade e dificuldade para dormir são os efeitos colaterais mais relatados com uso desses medicamentos(SHARMA A,2013).

O TDAH está relacionado a desfechos negativos como aumento de mortalidade, acidentes domésticos, evasão e reprovação escolar, gravidez na adolescência,

acidentes e multas no trânsito, divórcio, perda de emprego, dentre outros. Por outro lado, o tratamento com estimulante, tem efeito protetor contra acidentes gerais, desfechos negativos educacionais, transtornos de humor, suicídio, criminalidade e transtornos por abuso de substâncias(BOLANDA H, et al.,2020).

Existem diversas barreiras que dificultam a adesão medicamentosa como: o estresse, o acesso aos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a posologia, os estigmas em relação à doença mental e aos medicamentos, assim como os efeitos colaterais(HAWANG JW e BHANGH SY,2017). Entender melhor o nível de adesão, assim como os fatores que influenciam o tratamento do TDAH, pode auxiliar na redução de mortalidade, na melhoria da qualidade de vida e no desempenho acadêmico, viabilizando a integralidade dos efeitos protetivos que o tratamento com estimulantes pode oferecer.

Existem dois métodos para verificar a adesão medicamentosa: o direto e o indireto. O método direto consiste em medir a concentração do fármaco ou de seus metabólitos no sangue ou na urina, sendo uma metodologia mais onerosa e que pode ser alterada pela má conduta do paciente. Já o método indireto, consiste no auto relato por meio da utilização de questionário e/ou entrevista, da resposta clínica e da contagem das cartelas vazias (BOND WS e HUSSAR DA,1991; O'BRIEN MK, et al.,1992). Reportando o horário de uso das medicações, as doses, os possíveis esquecimentos e suspensões do tratamento, assim como a resposta clínica, pode-se ter uma avaliação indireta da adesão ao tratamento, sendo um método simples e que pode medir efetivamente a adesão. Entretanto também permite que o paciente manipule suas respostas, levando o profissional a superestimar a adesão. No método de contagem de cartelas, verifica-se as cartelas vazias e as medicações restantes, auxiliando no reabastecimento de prescrições, sendo um método fácil, mas sujeito a muitos problemas, como troca de frascos, perdas ou esquecimentos de cartelas, descarte dos comprimidos antes das consultas(OSTERBERG L e BLASCHKE T,2005). O grupo de pesquisa vem somando esforços para identificar sintomas psiquiátricos em cuidadores, avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e seus impactos clínicos na saúde das crianças atendidas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo/exploratório que permite obter informações acerca das características dos sujeitos, ou ainda obter dados sobre a frequência de determinado fenômeno.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atendimento Especializado em Saúde no interior de Minas Gerais. A unidade é um centro de difusão de conhecimento mediante as práticas de ensino, pesquisa e extensão, com atendimento exclusivo do SUS, gerenciado pelo Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Tem como território de referência 10 municípios da região de saúde de Viçosa, Minas Gerais, sendo referência para uma população estimada em 146.508

peças. Os atendimentos são realizados por acadêmicos e/ou residentes do curso de Medicina, supervisionados por professor e/ou preceptor, responsáveis pelo diagnóstico e conduta clínica. Os pacientes são encaminhados ao ambulatório de psiquiatria infantil por médico ou psicólogo via secretaria de saúde do município.

Foram incluídos no estudo 54 participantes que foram selecionados por critério temporal, ou seja, as crianças e adolescentes que atenderam aos critérios da pesquisa como: crianças com idade entre 6 e 14 anos incompletos, de ambos os sexos, com o diagnóstico de TDAH sem doenças clínicas que tenham em sua fisiopatologia alterações do sistema imune ou outros transtornos psiquiátricos (exceto, Tiques, Enurese e Transtorno Desafiador e de Oposição – TOD - pela alta prevalência de comorbidade com o TDAH), que foram atendidas no ambulatório de psiquiatria infantil no período de setembro de 2020 a março de 2022.

Após a confirmação do diagnóstico clínico de TDAH, foram utilizados dois instrumentos de coleta, o critério Brasil de classificação para o levantamento dos dados sociodemográficos e econômicos e o instrumento MAT (Medida de Adesão Medicamentosa) validado em Lisboa por (DELGADO AB e LIMA ML, 2001), com adaptação cultural no Brasil (BORBA LO, et al., 2018).

O Método de Contagem de cartela, utilizado para avaliar a adesão, se dá a partir da contagem manual de comprimidos presentes nas cartelas, em um determinado intervalo de tempo de acordo com o regime terapêutico prescrito (SANTOS AFO e CARDOSO CL, 2015). Foi considerado adesão ao tratamento quando a quantidade ingerida foi superior a 2/3 do prescrito.

Para avaliar o perfil dos cuidadores/responsáveis foram aplicados os seguintes instrumentos: CES_D (sintomas de depressão); IDATE traço-Estado (ansiedade); AUDIT (abuso de álcool) e ASR18 (sintomas de TDAH no adulto). Os instrumentos para avaliação sociodemográfica e de triagem dos cuidadores foram aplicados na primeira consulta (pré-tratamento farmacológico) e as avaliações de adesão foram realizadas na quarta e na oitava semana após o início da prescrição farmacológica. As entrevistas foram realizadas individualmente em locais reservados com os cuidadores dos pacientes durante as consultas de triagem e acompanhamento no ambulatório.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados elaborado no Microsoft Office Excel 2013 e exportados para análise no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 20.0 (SPSS). As variáveis foram apresentadas categorizadas com as respectivas distribuições de frequências absoluta e relativa para caracterização do perfil das crianças e adolescentes, seus cuidadores e família, bem como para perda amostral ao longo da pesquisa e método de avaliação da adesão. Para comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas foram utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson, para comparar prevalências entre variáveis categóricas com duas categorias cada e

o teste Exato de Fisher, quando um dos grupos apresentou amostra inferior a cinco observações. Para todos os testes realizados o nível de significância estatística considerado foi α igual a 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob o nº 4.364.744. Os aspectos éticos foram devidamente seguidos conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

RESULTADOS

De acordo com a **Tabela 1**, observa-se que a idade predominante das crianças atendidas variou entre 06 e 09 anos 40(74,1%), com predomínio de crianças do sexo masculino 30(55,6%). Das 54 crianças que participaram da pesquisa 44(81,5%) eram do município de Viçosa. As famílias na sua maioria 35(66%) pertencem às classes sociais C a E, em que 27(50,9%) apresentam o pai como o economicamente responsável pela família, com Ensino Médio completo e Superior completo, sendo o grau de instrução de 71,7%(38) desses chefes de família.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico das crianças e suas famílias. Viçosa-MG, 2022.

Variáveis	N	%
Idade das crianças (n=54)		
06 a 09 anos	40	74,1
10 a 14 anos	14	25,9
Sexo (n=54)		
Feminino	24	44,4
Masculino	30	55,6
Cidade de origem (n=54)		
Viçosa	44	81,5
Cajuri	2	3,7
Porto Firme	1	1,9
Paula Cândido	2	3,7
Teixeiras	3	5,6
Outras cidades	2	3,7
Classificação social das famílias (n=53)		
A, B ₁ , B ₂	18	34,0
C ₁ , C ₂ , E	35	66,0
Chefe da família (n=53)		
Mãe ou mãe e pai	26	49,1
Pai ou outros	27	50,9
Escolaridade do chefe da família (n=53)		
Analfabeto a fundamental completo	15	28,3
Ensino médio completo a superior completo	38	71,7
Total	54	

Fonte: OLIVEIRA AJF, et al., 2022.

As mães representaram 88,7%(47) dos cuidadores principais dessas crianças. Ao pesquisar a presença de sintomas psiquiátricos nos cuidadores principais, foi identificado uma prevalência de triagem positiva para sintomas depressivos 59,3%(32), para traço de ansiedade e estado de ansiedade 100%(54) e 96,3%(52) respectivamente, sendo que 31,5%(17) apresentaram triagem positiva para sintomas de TDAH. Quando questionados sobre o uso de álcool, 85,2%(46) foram classificados como de baixo risco para problemas relacionados ao uso de álcool conforme apresentado na **Tabela 02**.

Tabela 2. Caracterização do perfil dos cuidadores/responsáveis pelas crianças. Viçosa-MG, 2022.

Variáveis	N	%
Cuidador principal da criança (n=53)		
Mãe ou pai e mãe	47	88,7
Pai ou outros	6	11,3
Sintomas depressivos no cuidador (n=54)		
Positivo	32	59,3
Negativo	22	40,7
Sintomas de ansiedade no cuidador (traço) (n=54)		
Positivo	54	100
Negativo	0	0
Sintomas de ansiedade no cuidador (estado) (n=54)		
Positivo	52	96,3
Negativo	2	3,7
Uso de Álcool (n=54)		
Baixo risco	46	85,2
Uso de risco ou uso nocivo	8	14,8
Sintomas de TDAH no cuidador (n=54)		
Positivo	17	31,5
Negativo	37	68,5

Fonte: OLIVEIRA AJF, et al., 2022.

Inicialmente contou-se com a participação de 54 crianças e seus respectivos representantes, após 4 semanas de atendimento foi observada uma perda de 38,9%(21). Passando assim para a participação de 61,1%(33) voluntários respondendo o método de contagem de cartelas e 59,3%(32) o questionário MAT, sendo que no terceiro tempo de análise, após 8 semanas, haviam 26 participantes devido às novas desistências em que todas responderam ao questionário MAT, mas apenas 42,6%(23) responderam ao método de contagem de cartela. (**Tabela 3**).

Tabela 3. Perda amostral de acordo com o método de adesão. Viçosa-MG, 2022.

Momento da pesquisa	n° participantes	% de perda amostral	n (%) de respostas Método Mat	n (%) de respostas Método Cartela
Tempo zero	54	-	-	-
4 semanas	33	38,9	33 (61,1)	32 (59,3)
8 semanas	26	57,4	23 (42,6)	26 (48,1)

Valores percentuais calculados como referência para amostra total no início do estudo.

Fonte: OLIVEIRA AJF, et al., 2022.

Analisando o perfil das crianças e cuidadores que não deram continuidade ao tratamento após 8 semanas, observou-se que o abandono maior foi entre as crianças da faixa etária de 06 a 09 anos 52,5%(21) e que não houve diferença no grupo de crianças entre 10 a 14 anos. Ao analisarmos o sexo dessas, identificou-se um abandono maior entre crianças do sexo feminino, 62,5%(15) entre o sexo masculino, essa taxa foi de 43,3%(13). O abandono no grupo em que o pai era o chefe da família foi de 54,3%(19). No grupo que tinha a mãe como cuidadora principal, a taxa foi de 44,4%(8). Os dados mostraram que, no grupo em que o chefe da família tinha grau de instrução entre Ensino Médio incompleto ou Superior completo, essa taxa chegou a 52,6%(20). Ao compararmos o abandono levando em consideração a presença de sintomas psiquiátricos nos cuidadores principais, percebemos que 55,3%(26) das crianças que não deram seguimento eram as crianças em que a mãe era a cuidadora principal. A prevalência de abandono de crianças em que os cuidadores apresentavam triagem positiva para sintomas depressivos foi de 54,5%(24). Com triagem positiva para estado de ansiedade, não houve diferença, com triagem negativa foi de 100%(2). Em relação ao abandono considerando o uso de álcool, observou-se o abandono mais representativo no grupo em que os cuidadores tinham um uso considerado de baixo risco 54,3%(25). Ao avaliarmos esse dado entre os cuidadores com sintomas de TDAH, o abandono foi menor no grupo de responsável que tinha triagem positiva para o transtorno 82,4%(14). Já nos que apresentaram triagem negativa, foi 37,8%(14), sendo o único dado que se mostrou significativo estatisticamente com o abandono ($p < 0,05$) **tabela 4.**

Tabela 4. Comparação das características sociodemográficas, econômicas e perfil dos cuidadores da amostra final do estudo e das perdas após 8 semanas. Viçosa-MG, 2022.

	Abandono da pesquisa		Valor de p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Idade das crianças			
06 a 9 anos	19 (47,5)	21 (52,5)	0,872
10 a 14 anos	7 (50,0)	7 (50,0)	
Sexo			
Feminino	9 (37,5)	15 (62,5)	0161
Masculino	17 (56,7)	13 (43,3)	
Classificação social das famílias			
A, B ₁ , B ₂	10 (55,6)	8 (44,4)	0,497
C ₁ , C ₂ , E	16 (45,7)	19 (54,3)	
Chefe da família			
Mãe ou pai e mãe	10 (38,5)	16 (61,5)	0,130
Pai ou outros	16 (59,3)	11 (40,7)	
Escolaridade do chefe da família			
Analfabeto a fundamental completo	8 (53,3)	7 (46,7)	0,696
Médio incompleto a superior completo	18 (47,4)	20 (52,6)	
Cuidador principal da criança†			
Mãe ou pai e mãe	21 (44,7)	26 (55,3)	0,100
Pai ou outros	5 (83,3)	1 (16,7)	
Sintomas depressivos no cuidador†			
Positivo	20 (45,5)	24 (54,5)	0,494
Negativo	6 (60,0)	4 (40,0)	
Sintomas de ansiedade no cuidador (estado)			
Positivo	26 (50,0)	26 (50,0)	0,491
Negativo	0 (0,0)	2 (100,00)	
Uso de Álcool†			
Baixo risco	21 (45,7)	25 (54,3)	0,460
Uso de risco ou uso nocivo	5 (62,5)	3 (37,5)	
Sintomas de TDAH no cuidador†			
Positivo	3 (18,8)	14 (82,4)	0,003
Negativo	23 (60,5)	14 (37,8)	
Total	54		

Qui-quadrado de Pearson

† Teste exato de Fisher

Fonte: Oliveira A J F, et al., 2022

DISCUSSÃO

Das crianças atendidas na pesquisa, 55,6% foram do sexo masculino. Esse dado reforça o resultado de um estudo de prevalência publicado por Biscegle TS et

al.(2013), encontrando em concordância com o estudo de (FARIA AMDB e CARDOSO CL,2016), que tinha em sua amostra 80% de pacientes do sexo masculino, e com o estudo corrobora com a maior prevalência do diagnóstico do TDAH no sexo masculino. O quadro nos meninos se apresenta com mais agitação e impulsividade, o que acaba gerando um estresse maior para família e na escola, levando a um aumento da procura por atendimento especializado. Nas meninas, o quadro apresentado na maioria das vezes é a desatenção, fato que acaba passando despercebido em muitos casos pela família.

Outro aspecto evidenciado pelo estudo são as mães como cuidadoras principais. Esse achado é corroborado por outros estudos de investigação que apresenta a mãe como a principal responsável pelo cuidado(SANTOS AFO e CARDOSO CL,2015). Essa relação também é evidenciada por estudo realizado por (FARIA AMDB e CARDOSO CL,2016) que indica a mãe no papel de cuidadora primária. Cabe refletir que, historicamente a mulher teve o papel de cuidar da casa e dos filhos, o que justifica essa afirmação feita pelos estudos citados.

A criança com TDAH demandam uma atenção maior dos pais, movimento que pode levar a uma sobrecarga emocional, gerando um aumento da ansiedade, podendo levar, assim, a uma diminuição do envolvimento com o filho(KASHDAN TB, et al.,2004). Este estudo aponta a presença de triagem positiva para sintomas de traço de ansiedade, estado de ansiedade e depressão, reafirmando os dados demonstrados por(DEL BIANCO FARIA AM e CARDOSO CL, 2010;SANTOSAFO e CARDOSO CL,2015), que mostrou em seu estudo que 95% dos cuidadores apresentavam estresse e 50% tinham sinais de exaustão. Bellé AH, et al.(2009) descrevia sobre a sobrecarga emocional. Essa complicação sobressai entre as mães. Essa relação está caracterizada pelo cansaço e a tensão gerada em função das dificuldades para cuidar de uma criança com TDAH. As relações entre pais e filhos com TDAH são marcadas, na maioria das vezes, por conflitos, desarmonia no ambiente e discórdia. Esse conjunto de fatores influencia diretamente na vida de todos os familiares (BENCZIK EBP e CASELLA EB,2015). A sensação de fracasso e a baixo auto estima tem relação direta com casos de depressão nos pais. É importante atentar para a presença dos sintomas psiquiátricos nos cuidadores e buscar a construção de um ambiente clinicamente saudável para os pais e para o filho, uma vez que a desarmonia do lar pode agravar o quadro relacionado aos sinais e sintomas de TDAH..

Estudos apontam que o TDAH é uma doença de alta condição hereditária(CHANG Z et al.,2013;MCCLOUGHLIN G et al.,2007). Já Faraone SV e Mick E (2005) discorre que, embora exista uma alta estimativa hereditária, há também uma escassez de associações de gene-desordem e alerta sobre a programação epigenética, que se trata da influência tanto do código genético quanto do ambiente de um indivíduo. Entretanto, caso a contribuição no ambiente para a etiologia seja inferior aos fatores hereditários, elas podem existir.

A análise dos dados também apresentou uma triagem positiva baixa para sintomas de TDAH no cuidador, e não foi interrogada a presença de sintomas no progenitor,

porque não se aplica ao método utilizado (SRS18). Sendo assim, não foi possível afirmar se as crianças têm a presença de fator hereditário. Outros estudos como o realizado por Tonetto APM e Barbieri V (2018) evidenciaram que embora algumas mães desconheçam ou recusem a hipótese genética, elas foram capazes de identificar o TDAH em outras crianças da família.

Segundo Brotto AM e Guimarães ABP(2017), a forma de aceitar/viver com a criança portadora de doença crônica e o tratamento tem uma influência direta da família. É conhecido que fatores sociais, econômicos e culturais podem influenciar diretamente na adesão ao tratamento. Vem da família a influência direta na decisão de não aderir o tratamento, seja na descoberta ou no abandono do tratamento por quaisquer motivos, principalmente em crianças, o que gera um impacto relevante na adaptação no âmbito social e psicológico tanto do paciente, quanto nos que o rodeiam(MANO GMP e PIERIN AMG,2005; PAIS–RIBEIRO JL, 2007; MACHADO MM,2009).

Para o TDAH o tratamento de base medicamentosa também tem sua importância nessa relação. É considerado o mais eficaz, com a utilização de neuroestimulantes, que têm sua eficácia e segurança descrita em diversos estudos (AUSTERMAN J,2015). A abordagem farmacológica tem ação protetora contra os efeitos considerados deletérios da doença, como uso de substância, gravidez na adolescência, baixo desempenho escolar, evasão escolar e, na vida adulta, divórcios, perda de emprego, acidente e multas de trânsito GARDINER P e DVORKIN L,2006).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência de TDAH em meninos é maior, e que as mães são as cuidadoras principais das crianças atendidas. Além disso, verifica-se a presença de triagem positiva para sintomas de depressão e ansiedade nessas cuidadoras, chamando atenção para a necessidade de um olhar ampliado e cuidadoso para a saúde mental delas. Embora a literatura mostre que existe uma baixa adesão no tratamento medicamentoso, neste estudo encontramos uma limitação da amostra, o que impossibilitou avaliar a adesão medicamentosa desses pacientes e correlacionar os dados encontrados com essa adesão. Sugere-se um estudo mais amplo sobre o assunto, que possibilite a identificação dessa adesão e a elaboração de ações que promovam aumento dos efeitos protetores que a adesão correta pode proporcionar.

Esse artigo é parte da dissertação do mestrado profissional de Arieta de Jesus Felisberto Oliveira, pela Universidade Federal de Viçosa - UFV

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos às crianças e aos seus responsáveis que se voluntariaram para participar do presente estudo.

Esse artigo

Este estudo foi financiado com recurso próprio do pesquisador

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. AUSTERMAN J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2015.
3. BELLÉ AH, et al. Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2009; 22(3): 317-325.
4. BENCZIK, EBP, CASELLA EB. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 2015; 32(97): 93-103.
5. BISCEGLI TS, et al. Prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em pré-escolares de creches. *Pediatria Moderna*; 2013; 49(8).
6. BOLANDA H, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 123:21–30.
7. BOND WS, HUSSAR DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1991;48(9):1978–88.
8. BORBA LO, et al. Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(5):2243–50.
9. BROTTTO AM, GUIMARAES ABP. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia hospital*, 2017; 15(1): 43-68.
10. CHANG Z, et al. Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry*, 2013;70(3):311-8.
11. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário oficial da União, 2012.
12. DELGADO AB, LIMA ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2001; 2(2): 81-100.
13. DEL BIANCO FARIA AM, CARDOSO CL. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de psicologia*, 2010;27(1): 13-20.
14. DRECHSLER R, et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 2020;51(5):315–35.

15. FARAONE SV, MICK E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 2010;33(1):159-80.
16. FARIA AMB, CARDOSO CL. Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, 2016; 47(3): 228-237.
17. FRANKE B, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 2018;28(10):1059–88.
18. GARDINER P, DVORKIN L. Promoting medication adherence in children. *Am Fam Physician*, 2006;74(5):793-8.
19. HWANG J-W, BHANG S-Y. 6.20 Factors That Affect the Adherence to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Medications During a Treatment Continuation Period in Children and Adolescents: A Nationwide Retrospective Cohort Study Using Korean Health Insurance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2017; 56(10): S283.
20. KASHDAN TB, et al. Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2004;33(1):169–81.
21. LEE J. Assessing medication adherence by pill count and electronic monitoring in the African American Study of Kidney Disease and hypertension (AASK) pilot study. *American Journal of Hypertension*, 1996;9(8):719–25.
22. MACHADO MM. Adesão o regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Instituto de educação e Psicologia. Tese de Mestrado, 2009.
23. MANO GMP, PIERIN AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul. Enferm.*, (2005); 18(3).
24. MATTOS P, et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2006;28(3):290–7.
25. MCLOUGHLIN G, et al. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnorm Child Psychol*, 2007;35(6):999-1008.
26. O'BRIEN MK, PETRIE K, RAEBURN J. Adherence to Medication Regimens: Updating a Complex Medical Issue. *Medical Care Review*, 1992;49(4):435–54.
27. OSTERBERG L, BLASCHKE T. Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 2005;353(5):487–97.
28. PAIS-RIBEIRO JL. Introdução à Psicologia da Saúde, 2007;(2ªed.).
29. SANTOS AF O, CARDOSO CL. Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors. *Estudos de Psicologia*, 2015;32(1):87–95.

30. SHARMA A, COUTURE J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*, 2013;48(2):209–25.
31. TONETTO APM, BARBIERIV. Maternidade de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: contribuições psicanalíticas. *Psicologia Em Estudo*, 2018;23.
32. WOLRAICH ML, et al; Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 2019;144(4):e20192528. Erratum in: *Pediatrics*, 2020; 28;145(3):e20193997.

5.2 PRODUTOTÉCNICO

Essa cartilha foi criada com o objetivo de levar informações aos pais e cuidadores de crianças com alterações no comportamentos sugestivos de TDAH. Orientando sobre a importância do diagnóstico precoce e correto, assim como da adesão ao tratamento, afim de evitar os desfechos negativos que podem ser causados em decorrência da alteração no comportamento.



CARTILHA PARA PAIS E
RESPONSÁVEIS



**Ficha catalográfica elaborada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da Universidade Federal de
Viçosa – Campus Viçosa**

Oliveira, Ariêta de Jesus Felisberto, 1983-.

O48t Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade :
2022 cartilha para pais e responsáveis / Ariêta de Jesus Felisberto
Oliveira – Viçosa, MG : UFV, Departamento de Medicina e
Enfermagem, 2022.
1 v. : il. color ; 15 cm.

Produto desenvolvido a partir da dissertação de mestrado de mesma autoria intitulada “Adesão ao tratamento medicamentoso entre crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma unidade de atendimento ambulatorial”.

Inclui bibliografia.

1. Crianças hiperativas. 2. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade – Tratamento. 3. Medicamentos – Prescrição. I. Henriques, Bruno David, 1983-. II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem. III. Título.

CDD 22. ed. 618.928589

Bibliotecário responsável: Euzébio Luiz Pinto – CRB 6/3317



APRESENTAÇÃO

ESTA CARTILHA TRAZ INFORMAÇÕES PARA PAIS E RESPONSÁVEIS SOBRE O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH). TRATA-SE DE MATERIAL DESENVOLVIDO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. TEM SUA ABRANGÊNCIA PARA A REDE DE SAÚDE DA REGIÃO DE VIÇOSA, COM INFORMAÇÃO SOBRE LOCAIS E FORMAS DE ACOMPANHAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).





O que é o TDAH?

O **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade** é um transtorno psiquiátrico que gera um comportamento disfuncional da criança, que não está ligado diretamente com a inteligência, mas com dificuldades na atenção e/ou comportamento.

O problema pode tornar as crianças mais **desatentas** e/ou **inquieta**s, com a impressão de que elas estão a todo tempo a mil por hora e/ou no "mundo da lua".

Os sintomas podem reduzir ao longo dos anos, mas é muito comum que persistam na vida adulta, trazendo vários prejuízos. Por isso, a importância do tratamento adequado.



O TDAH pode se apresentar de 3 formas:

1) Apresentação **desatenta**: a criança se distrai com qualquer estímulo, perde objetos necessários para tarefas diárias, comete erros nas atividades por descuido, evita participar de momentos que exige esforço mental ou em atividades lúdicas, tem dificuldade em prestar atenção, mas não é agitada.



2) Apresentação **hiperativa/impulsiva**: A criança não pára nunca, apresenta dificuldade em ficar sentada, principalmente em sala de aula, não consegue esperar uma pessoa terminar a fala, escala lugares inapropriados, mas não tem dificuldade para se concentrar

3) Apresentação **combinada**: a forma mais comum, o nome já diz tudo, é a combinação das duas formas apresentadas acima. A criança além de parecer estar sempre agitada, ainda tem dificuldades para se concentrar.



Todas as crianças hiperativas e desatentas têm TDAH?

Não!

Não basta apresentar as características em somente um lugar.

É importante entender que para fechar o diagnóstico, o comportamento descrito precisa ocorrer em mais de um ambiente e trazer prejuízos e/ou sofrimento significativos para a criança.



Meu filho é desatento, agitado e age sem pensar, ele pode ter TDAH?

Para pensar no TDAH é importante que essas **queixas sejam frequentes**, os sintomas sejam intensos e que tragam prejuízos para a vida da criança.

Para o **diagnóstico é necessária uma avaliação médica**, pois outras doenças possuem sintomas parecidos com este distúrbio.

É necessário estar **atento para não confundir características do temperamento e personalidade da criança**, com sintomas de TDAH.



O que posso fazer para ajudar a criança?

- Como **crianças que possuem o TDAH tendem a exigir mais atenção**, é importante o cuidado com a divisão da dedicação com os irmãos e/ou familiares para que não haja ciúme entre as partes.
- **Estímulo à realização a prática de exercícios.** A prática ajuda na concentração e no gasto de energia, o que favorece o sono e minimiza os desfechos negativos da doença.
- O **acompanhamento da criança, por profissionais especializados é de suma importância.** A intervenção realizada e a adesão adequada ao tratamento colaboram para que as crianças possam superar as limitações apresentadas pelo TDAH.



A partir de qual idade pode ser feito o diagnóstico?

Antes dos 6 anos, as crianças tendem a apresentar comportamento hiperativo e desatento característico da idade. Com isso, é mais comum se fazer o diagnóstico a partir dessa idade.

Nessa fase, os sintomas ficam mais evidentes, ou seja, podem apresentar intensidade e duração maiores do que o esperado para a idade.

Não quer dizer que a criança não possa receber o diagnóstico e o tratamento para ajudar no comportamento antes da idade estipulada, ficando a avaliação a critério da equipe responsável pelo cuidado.



Como é feito o diagnóstico do TDAH?

O diagnóstico é realizado por **avaliação médica** (geralmente **psiquiatra infantil** ou **neuropediatra**). O foco é na **avaliação dos sintomas** e dos **ambientes em que está inserida** (casa, escola, comunidade).

Outro aspecto importante na avaliação é o **diagnóstico diferencial**, pois os sintomas podem ocorrer no desenvolvimento normal da criança, serem reativos a situações vivenciadas ou por outras doenças.



Qual a utilidade dos testes realizados?

O diagnóstico é clínico, ou seja, nenhum exame complementar (sangue, imagem, testes) é necessário para o diagnóstico.

As entrevistas com os pais, com a criança e a observação da criança pelo médico é a forma de se fazer o diagnóstico.

Porém, relatórios escolares, testes neuropsicológicos, questionários e exames podem ajudar a classificar o perfil cognitivo, entender os sintomas e os prejuízos que a criança tem apresentado, descartar outras doenças ou auxiliar nas intervenções.



Quais as formas de tratar o TDAH?

O tratamento é multidisciplinar envolvendo tanto o uso de medicamentos, que é considerado eficaz e seguro a partir de 6 anos, quanto o treinamento parental, acompanhamento psicopedagógico e psicológico.



Mas o remédio pode causar dependência?

Os medicamentos utilizados são estimulantes e são muito eficazes no tratamento.

Saiba que é um dos tratamentos que tem maior eficácia na área médica!!!

Usando o remédio da forma indicada e supervisionada pelo médico e pela equipe, percebe-se boa adaptação ao tratamento e segurança no uso.

Algumas pessoas precisam usar muitos anos, mas não por dependência e sim pela dificuldade de se concentrar e controlar o comportamento.



Preciso mesmo
tratar e se eu não
tratar o que pode
acontecer?

Estudos apontam que a falta de um tratamento adequado pode acarretar prejuízos graves em todas as faixas etárias, risco de abuso de substâncias (como o álcool e drogas ilícitas), depressão, suicídio, evasão escolar, déficit no aprendizado, gravidez na adolescência, envolvimento com criminalidade, dificuldade de socialização, acidentes, multas e acidentes de trânsito.



E quais as vantagens de realizar o tratamento?

Já se sabe que o tratamento adequado está associado a melhora do desempenho escolar, melhora nas notas e na leitura, aumento na pontuação em testes e diminuição da evasão escolar.

O tratamento com estimulantes também tem efeito protetor contra transtorno de humor, depressão, tentativas de suicídio, redução de criminalidade e redução de acidentes e lesões, principalmente no trânsito.



Quem devo procurar?

Como dito, o diagnóstico é clínico e você deve procurar um profissional capacitado podendo ser um psiquiatra infantil, neuropediatra, um médico de família ou um pediatra, com experiência neste transtorno.



Onde encontro esse profissional em Viçosa?

Em Viçosa e na microrregião esses serviços são oferecidos gratuitamente na Unidade de Atenção Especializada em Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UAES/UFV).



Como faço para agendar uma consulta?

É importante que a criança passe por uma avaliação clínica com um médico (médico de família do seu bairro ou pediatra), e suspeitando de TDAH, ela deve ser encaminhada ao serviço especializado.

O agendamento é feito via unidade de saúde de referência e/ou pela secretaria de saúde do município. No caso da psiquiatria infantil, o encaminhamento deve ser levado diretamente à UAES/UFV.





Caso você tenha identificado uma dessas características na criança, converse na escola para que os educadores possam também auxiliar nessa observação, pois esse comportamento específico deve ocorrer em mais de um ambiente frequentado pela criança. Se possível, solicitar um relatório da escola para que possa auxiliar no diagnóstico.



Mais informações ligue no telefone (31)3612-5580.





Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DRECHSLER, R. et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. **Neuropediatrics**, v. 51, n. 5, p. 315-335, out. 2020.

BOLAND, H. et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. **Journal of Psychiatric Research**, v. 123, p. 21–30, 2020.

AUSTERMAN, J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. **Cleveland Clinic Journal**, 2015.

DALSGAARD, S. et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. **Lancet**, v. 385, n. 9983, p. 2190-6, mai. 2015.

FRANKE, B. et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 28, n. 10, p. 1059-1088, out. 2018.





Esta cartilha foi produzida como um dos resultados da pesquisa de Mestrado em ciências da Saúde, realizado por Ariêta de Jesus Felisberto Oliveira no período de 2021 a 2022.



Departamento de Medicina e Enfermagem
Programa de Pós graduação em Ciências da Saúde

Material produzido por:
Ariêta de Jesus Felisberto Oliveira
Mestranda em Ciências da Saúde

Orientador
Bruno David Henriques

Co-orientadores
Silvia Almeida Cardoso
Tiago Ricardo Moreira

Participação:
Marina Silva De Lucca

Edição e diagramação
Camila Bruneli do Prado

Apoio

UAES
DEM



6. CONCLUSÃO

O TDAH, é um problema de saúde pública que pode gerar sério danos a vida criança e adolescente, danos esses que podem ser levados para vida adulto. Essa pode influenciar no convívio social e familiar do indivíduo. O diagnóstico certo e a adesão ao tratamento é fundamental para diminuir os efeitos negativos que o transtorno pode gerar como uso de substância, gravidez na adolescência, evasão escolar entre outros. Diante disso faz-se necessário entender o que leva a baixa adesão do tratamento e buscar alternativas para diminuir essa evasão. O presente estudo buscou verificar a adesão em um cenário em o atendimento já contavam com política de funcionamento que facilitasse o acesso do paciente como retorno programado, confirmação de consulta, comunicação direta do cuidador com a unidade e o médico, essas ações tinham o objetivo de minimizar essa evasão, além disso mesmo após pouco mais de um ano de coleta de dado o tamanho amostral se mostrou limitado não possibilitando uma análise significativa. Sugeriu-se novos estudos para verificação do problema e geração de intervenções acertivas a fim de promover uma adesão que promovam efeitos protetores na saúde e na vida de crianças e adolescentes portadoras de TDAH.

REFERÊNCIAS

- DALSGAARD, S. et al. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. **The Lancet**, v. 385, n. 9983, p. 2190–2196, maio 2015.
- DEL BIANCO FARIA, A. M.; CARDOSO, C. L. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 1, p. 13–20, mar. 2010.
- FREESE, L. et al. Non-medical use of methylphenidate: a review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 2, p. 110–115, 2012.
- KESSLER, R. C. et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 359–364, jul. 2007.
- LATORRE, M.; DEVILAT, M.; VALDIVIESO, M. A. Danos neurológicos na criança. Aspectos clínicos e etiológicos. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 44, n. 3, p. 237–247, 1973.
- MENEZES, A. G. M. P.; GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Mundo Saúde**. V.34(1), P.97-102, 2010.
- MIRANDA, A.; JARQUE, S.; SORIANO, M. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: controvérsias atuais sobre sua definição, epidemiologia, bases etiológicas e abordagens de intervenção. **Journal of Neurology**, v. 28, n.2, p. 177–182, 1999.
- PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 11–17, mar. 2007.
- PENKOWER, L. et al. Sofrimento psicológico e adesão ao regime médico entre adolescentes receptores de transplante renal. **Am J Transplant**, v. 3, p.1418-25, 2003.
- REALE, L. et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 26, n. 12, p. 1443–1457, 19 mai. 2017.
- SCHROEDER, V. M.; KELLEY, M. L. Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD. **Journal of Child and Family Studies**, v. 18, n. 2, p. 227–235, 31 jul. 2008.
- STILL, G. F. Some abnormal psychical conditions in children. **Lancet**, v. 1, p. 1008–1012, 1077–1082, 12 abr. 1902.
- THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão

sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360–372, dez. 2014.

VITOR, A. F.; MONTEIRO F. P. M.; MORAIS, H. C. C.; VASCONCELOS, J. D. P.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery**, V.15(2), p.251-60, jun. 2011.

WAGNER, A. et al. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 181–186, ago. 2005.

ANEXOS

ANEXO I



Marina Silva de Lucca - TDAH

Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) - Versão Brasileira adaptada pela pesquisadora

1. Quantas vezes você já esqueceu de dar o medicamento para seu filho?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
2. Quantas vezes você deu o medicamento para seu filho fora do horário?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
3. Quantas vezes você deixou de dar o medicamento para seu filho por ele estar se sentindo melhor?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
4. Quantas vezes você deixou de dar o medicamento para seu filho por ele estar se sentindo pior ou por causar problemas (mais ansioso, agitado, perda de apetite, piora do sono, mais agressivo)?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
5. Quantas vezes você mudou a dose do remédio por ter esquecido de dar o remédio no dia anterior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
6. Quantas vezes você deixou de dar o medicamento por falta do remédio? (em casa ou em outro local, por falta de dinheiro ou por ter acabado o remédio)						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
7. Quantas vezes você deixou de dar o remédio por motivos alheios à sua vontade, tais como não poder comprar o remédio ou o remédio estar em falta na farmácia ou unidade de saúde?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
8. Você associa a hora de dar o remédio para seu filho a uma atividade na sua vida ou na vida dele?						
<input type="checkbox"/>	SIM	Qual?	<input type="checkbox"/>	NÃO		

ANEXO II

Escolha a opção que corresponde à situação de sua família					
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (excluir van, taxi usados para fretes, uso misto excluir)	0	1	2	3	≥4
Empregados mensalistas, que considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.	0	1	2	3	≥4
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	1	2	3	≥4
Banheiros (ter vaso sanitário), excluir banheiro coletivo (mais de uma casa)	0	1	2	3	≥4
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD (notebook, videogame, computadores) e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	2	3	≥4
Geladeiras	0	1	2	3	≥4
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	1	2	3	≥4
Microcomputadores (computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones)	0	1	2	3	≥4
Tablets	0	1	2	3	≥4
Smartphones	0	1	2	3	≥4
Lavadora de louças	0	1	2	3	≥4
Microondas (considerar forno elétrico que tem função microondas)	0	1	2	3	≥4
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional. Considerar as de uso misto (pessoal + profissional)	0	1	2	3	≥4
Secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	1	2	3	≥4
Número de pessoas que mora em casa					
A água utilizada em sua casa é proveniente de:	Rede geral de distribuição				
	Poço ou nascente				
	Outro				
Considerando o trecho de rua do seu domicílio, você diria que a rua é	Asfaltada/Pavimentada				
	Terra/Cascalho				

Mora atualmente com:		Cuidador Primário		Cuidador Secundário	
Ambos os pais biológicos		Ambos os pais biológicos		Ambos os pais biológicos	
Ambos os pais biológicos, mas em guarda compartilhada		Mãe biológica		Mãe biológica	
Mãe biológica e padrasto		Pai biológico		Pai biológico	
Pai biológico e madrasta		Avó materna		Avó materna	
Mãe biológica e namorado/a		Avó paterna		Avó paterna	
Pai biológico e namorada/o		Avô materno		Avô materno	
Apenas mãe biológica		Avô paterno		Avô paterno	
Apenas pai biológico		Tia/tio maternos		Tia/tio maternos	
Apenas madrasta		Tia/tio paternos		Tia/tio paternos	
Apenas padrasto		Conselho tutelar		Conselho tutelar	
Avô/Avó		Cuidador de Casa de Acolhimento		Cuidador de Casa de Acolhimento	
Pais adotivos		Bobá		Bobá	
Outro familiar/amigo		Mãe adotiva		Mãe adotiva	
Lar adotivo/instituição		Pai adotivo		Pai adotivo	
Fuga		Madrasta		Madrasta	
Mora independente		Padrasto		Padrasto	
Outro		Outro		Outro	
Escolaridade:		Escolaridade:		Escolaridade:	
		Nome:		Nome:	
A criança vive com a mãe biológica?	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	não	Se não:	
		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim		<input type="radio"/> Mãe falecida <input type="radio"/> Mãe viva, visita regularmente <input type="radio"/> Mãe viva, contato esporádico <input type="radio"/> Mãe viva, mas não mantém contato	
A criança vive com o pai biológica?	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	não	Se não:	
		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim		<input type="radio"/> Pai falecida <input type="radio"/> Pai viva, visita regularmente <input type="radio"/> Pai viva, contato esporádico <input type="radio"/> Pai viva, mas não mantém contato	
A criança vive com		Grau de parentesco:	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	
.....		Nome:		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim	
.....		Idade:			
A criança vive com		Grau de parentesco:	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	
.....		Nome:		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim	
.....		Idade:			
A criança vive com		Grau de parentesco:	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	
.....		Nome:		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim	
.....		Idade:			
A criança vive com		Grau de parentesco:	sim	Se sim, a qualidade dessa relação é:	
.....		Nome:		<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Boa <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> ruim	
.....		Idade:			

Escolha a opção que corresponde à situação de sua família					
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (excluir van, taxi usados para fretes, uso misto excluir)	0	1	2	3	≥4
Empregados mensalistas, que considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.	0	1	2	3	≥4
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	1	2	3	≥4
Banheiros (ter vaso sanitário), excluir banheiro coletivo (mais de uma casa)	0	1	2	3	≥4
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD (notebook, videogame, computadores) e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	2	3	≥4
Geladeiras	0	1	2	3	≥4
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	1	2	3	≥4
Microcomputadores (computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones)	0	1	2	3	≥4
Tablets	0	1	2	3	≥4
Smartphones	0	1	2	3	≥4
Lavadora de louças	0	1	2	3	≥4
Microondas (considerar forno elétrico que tem função microondas)	0	1	2	3	≥4
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional. Considerar as de uso misto (pessoal + profissional)	0	1	2	3	≥4
Secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	1	2	3	≥4
Número de pessoas que mora em casa					
A água utilizada em sua casa é proveniente de:	Rede geral de distribuição				
	Poço ou nascente				
	Outro				
Considerando o trecho de rua do seu domicílio, você diria que a rua é	Asfaltada/Pavimentada				
	Terra/Cascalho				

ANEXO III

RESPONSÁVEL RESPONDE EM RELAÇÃO A ELE MESMO – PREFERÊNCIA MÃE OU PAI	NUNCA OU RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1. O(a) Sr (a). sentiu-se incomodado (a) com coisas que habitualmente não lhe incomodam?				
2. O(a) Sr (a). não teve vontade de comer ou teve pouco apetite?				
3. O(a) Sr (a). sentiu não conseguir melhorar seu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos?				
4. O(a) Sr (a). sentiu-se, quando comparado(a) a outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas?				
5. O(a) Sr (a). sentiu dificuldade de se concentrar no que fazia?				
6. O(a) Sr (a). sentiu-se deprimido (a)?				
7. O(a) Sr (a). sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?				
8. O(a) Sr (a). sentiu-se otimista sobre o futuro?				
9. O(a) Sr (a). considerou que sua vida tinha sido um fracasso?				
10. O(a) Sr (a). sentiu-se amedrontado (a)?				
11. Seu sono não foi repousante?				
12. O(a) Sr (a). esteve feliz?				
13. O(a) Sr (a). falou menos que o habitual?				
14. O(a) Sr (a). sentiu-se sozinho (a)?				
15. As pessoas não foram amistosas como o Sr (a)?				
16. O(a) Sr (a). aproveitou a vida?				
17. O(a) Sr (a). teve crises de choro?				
18. O(a) Sr (a). sentiu-se triste?				
19. O(a) Sr (a). sentiu que as pessoas não gostavam do Sr (a).?				
20. O(a) Sr (a). não conseguiu levar adiante suas coisas?				
<p>Triagem: <input type="radio"/> Negativa <input type="radio"/> Positiva (nota de corte maior que 16) <input type="radio"/> Duvidosa</p> <p>A CES-D é uma escala pra avaliar a frequência de sintomas de depressivos vividos na semana anterior à entrevista. Contém vinte itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. O escore final varia de 0 a 60 pontos e a nota de corte >16</p>				
<p>Encaminhamento do responsável para avaliação médica de sintomas depressivos: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Responsável recusou <input type="radio"/> Informação desconhecida</p>				

ANEXO IV

PARTE 2 – IDATE TRAÇO				
<p>➤ Leia cada pergunta e FAÇA UM CÍRCULO ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento.</p> <p>➤ Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento</p>				
RESPONSÁVEL RESPONDE EM RELAÇÃO A ELE MESMO – PREFERÊNCIA MÃE OU PAI	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Sinto-me bem				
2. Canso-me facilmente				
3. Tenho vontade de chorar				
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser				
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente				
6. Sinto-me descansado				
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo				
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver				
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância				
10. Sou feliz				
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas				
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo				
13. Sinto-me seguro				
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas				
15. Sinto-me deprimido				
16. Estou satisfeito				
17. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando				

ANEXO V

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Sinto-me calmo				
2. Sinto-me seguro				
3. Estou tenso				
4. Estou arrependido				
5. Sinto-me à vontade				
6. Sinto-me perturbado				
7. Estou preocupado com possíveis infortúnios				
8. Sinto-me descansado				
9. Sinto-me ansioso				
10. Sinto-me “em casa”				
11. Sinto-me confiante				
12. Sinto-me nervoso				
13. Estou agitado				
14. Sinto-me “uma pilha de nervos”				
15. Estou descontraído				
16. Sinto-me satisfeito				
17. Estou preocupado				
18. Sinto-me confuso				
19. Sinto-me alegre				
20. Sinto-me bem				

Triagem IDATE ESTADO: Negativa Positiva

Cada uma é composta por 20 afirmações (cada qual com uma escala de 1 a 4 pontos). Sendo assim, o escore total de cada escala pode variar de 20 a 80, sendo que os maiores valores indicam alto nível de ansiedade. São os seguintes os escores que indicam baixo (20-30), médio (31-49) ou alto (≥ 50) nível de ansiedade.

Encaminhamento do responsável para avaliação médica de sintomas ansiosos:

Não Sim Responsável recusou Informação desconhecida

ANEXO VI

AUDIT

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
 Entrevistador _____ Data _____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique o que você quer dizer com **“consumo de álcool”**, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de **“doses padrão”**. Veja o quadro abaixo. **Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.**

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você toma “seis ou mais doses” de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Anote aqui o resultado: $\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =$ <input type="checkbox"/></p>	

EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

1 “DOSE” (contém 14g de álcool puro)

CERVEJA: 1 lata ou 1 copo de chope (350 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (600 ml) = 2 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 3 “DOSES”

VINHO: 1 taça (140 ml) = 1 “DOSE”; 1 garrafa (750 ml) = 5 “DOSES”

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: “meio copo americano” (60 ml) = 1,5 “DOSES”; 1 garrafa (1 litro) = 25 “DOSES”

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 “dose de dosador”(40 ml) = 1 “DOSE”

ANEXO VII

Itens		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muitofrequentemente
1	Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil					
2	Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo algo chato ou repetitivo?					
3	Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
4	Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
5	Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?					
6	Quando você precisa fazer algo que exija muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?					
7	Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
8	Com que frequência você se distrai com atividades ou barulhos a sua volta?					
9	Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?					
10	Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?					
11	Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?					
12	Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?					
13	Com que frequência você tem dificuldades para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
14	Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?					
15	Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?					
16	Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					
17	Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?					
18	Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					

RESPONSÁVEL RESPONDE EM RELAÇÃO A ELE MESMO – PREFERÊNCIA MÃE OU PAI

Se os itens de desatenção da PARTE A (1 a 9) E/OU os itens de hiperatividade-impulsividade da PARTE B (10 a 18) tiverem várias respostas marcadas como FREQUENTEMENTE ou MUITO FREQUENTEMENTE, existem chances do paciente ser portador de TDAH (pelo menos 4 em cada uma das partes).

Triagem ASRS-18:

Encaminhamento do responsável para avaliação médica:

Não Sim Responsável recusou Informação desconhecida

ANEXO VIII

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL INFLAMATÓRIO E OXIDATIVO DE PACIENTES ATENDIDOS EM SERVIÇO DE NEUROPSIQUIATRIA.

Pesquisador: Silvia Almeida Cardoso

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 82870117.0.3001.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.364.744

Apresentação do Projeto:

Resposta a diligência de parecer de número 3.799.146 do projeto de pesquisa de número de CAAE: 82870117.0.3001.5149.

Lista de pendências apresentadas em parecer anterior:

- Anexar a Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa, autorizando a realização da pesquisa no HC pela coordenação do GEPE. A declaração do GEP de submissão do projeto para análise e aprovação também é aceito pelo CEP
- Anexar o termo de constituição de biorrepositório assinados (modelo podem ser encontrado na página do COEP-UFMG).
- Há a necessidade de trocar o termo "cópia" por "via", nos TCLE's e TALE.
- Inserir a aprovação do parecer da Câmara Departamental, no qual, a pesquisadora responsável está alocada na UFMG.
- Informar nos TCLE's que haverá a devolutiva dos resultados aos participantes da pesquisa e seus responsáveis, quantos aos resultados dos exames, consultas e questionários coletados.
- Considerar o risco de desconforto, ansiedade e cansaço durante as atividades propostas ao participante, e incluir na descrição dos riscos nos TCLE's e TALE, e informar como serão minimizados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.364.744

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto tem como objetivo central determinar o perfil inflamatório e oxidativo associados com distúrbios neuropsiquiátricos.

Objetivos secundários: - Categorização dos pacientes atendidos no serviço de referência; - Levantamento de dados socioeconômicos/ambientais e clínicos dos pacientes, voluntários; - Avaliação metabólica (glicemia, colesterol total, frações e triglicéride); - Avaliação bioquímica (hemograma, ureia, creatinina, AST, ALT, Vitamina B12 e D); - Avaliação sorológica de marcadores inflamatórios (albumina, PCR e VHS); - Dosagem de enzimas relacionadas com estresse oxidativo; - Dosagem de marcadores de dano celular pelo estresse oxidativo (óxido nítrico, proteína carbonilada e peroxidação lipídica); - Quantificação de citocinas; - Definição de perfil de proteínas séricas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como não há mudança na metodologia e nos critérios de inclusão e alteração, os riscos estão inalterados em relação à versão atual do projeto aprovado pelo centro coordenador em parecer de número 3.581.990

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterados em relação ao projeto mais recente aprovado pelo centro coordenador em parecer de número 3.581.990.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Os pesquisadores anexaram a Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa
- Os pesquisadores anexaram o termo de constituição de biorrepositório assinado.
- Há a necessidade de trocar o termo "cópia" por "via", nos TCLE's e TALE.
- Os pesquisadores anexaram o parecer da Câmara Departamental da UFMG.
- Os pesquisadores incluíram nos TCLE's que haverá a devolutiva dos resultados aos participantes da pesquisa e seus responsáveis, quantos aos resultados dos exames, consultas e questionários coletados.
- Os pesquisadores incluíram nos TCLE's risco de desconforto, ansiedade e cansaço durante as atividades propostas ao participante, e incluir na descrição dos riscos nos TCLE's e TALE, e informar como serão minimizados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.364.744

Recomendações:

É importante que caso nos TCLEs e no TALE conste a o local em que foi realizada a pesquisa. Portanto, sugerimos para os pacientes que forem recrutados no âmbito dos ambulatórios do Hospital das Clínicas o TCLE e o TALE seja incluída a cidade de Belo Horizonte (no modelo atual encontra-se descrita a cidade de Viçosa)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1437619.pdf	10/10/2020 20:28:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COMISSAO_CIENTIFICA_UFMG.pdf	10/10/2020 20:26:45	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	GEP_UFMG_OUTUBRO.pdf	10/10/2020 20:25:49	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	GEP_UFMG.pdf	10/10/2020 20:25:27	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	VIABILIDADE_ECONOMICA_FINANCEIRA_UFMG.PDF	10/10/2020 20:24:16	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CENTRO_PESQUISA_UFMG.pdf	10/10/2020 20:23:09	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ASSENTIMENTO.pdf	10/10/2020 20:18:28	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEprofessores.pdf	10/10/2020 20:17:46	Silvia Almeida Cardoso	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.364.744

Ausência	TCLProfessores.pdf	10/10/2020 20:17:46	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpais.pdf	10/10/2020 20:17:28	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	CARTA.pdf	10/10/2020 20:16:50	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	BIORREPOSITORIO.pdf	10/10/2020 20:15:09	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartareposta.pdf	04/12/2019 14:42:38	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLeresponsavelmodificado.pdf	04/12/2019 14:42:23	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLeprofessormodificado.pdf	04/12/2019 14:42:14	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	NITIDAm modificada.pdf	04/12/2019 14:42:05	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaomodificada.pdf	04/12/2019 14:41:52	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAm modificado.pdf	04/12/2019 14:41:39	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	FORMULARIO.pdf	21/10/2019 17:20:50	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO.pdf	21/10/2019 17:20:31	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	21/10/2019 17:20:02	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioFREQUENCIAALIMENTAR.pdf	09/08/2019 14:55:41	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioSISVAN.pdf	09/08/2019 14:54:54	Silvia Almeida Cardoso	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.364.744

Outros	questionarioCTSPC.pdf	09/08/2019 14:54:35	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioCGI.pdf	09/08/2019 14:54:20	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioBULLYING.pdf	09/08/2019 14:53:19	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	QUESTIONARIOATIVIDADEFISICA.pdf	09/08/2019 14:53:04	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioadesaotratoamento.pdf	09/08/2019 14:52:16	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Outros	questionarioETDAH.pdf	09/08/2019 14:50:50	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeacentimeto.pdf	25/01/2018 09:57:40	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2018 09:57:16	Silvia Almeida Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	25/01/2018 09:56:55	Silvia Almeida Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 27 de Outubro de 2020

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO IX

**ANEXO 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO
CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS INCOMPLETOS**

Via do responsável e Criança

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **"NÍVEIS DE BDNF, PERFIL INFLAMATÓRIO E OXIDATIVO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) ANTES E APÓS TRATAMENTO COM METILFENIDATO"**. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é tentar aprofundar no conhecimento de fatores que podem estar associados "a causa" do TDAH, possibilitando assim, pensar em estratégias de prevenção e tratamento da doença. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): **Realização de perguntas, consultas médicas, assim como três exames de sangue durante os 6 meses de estudo. Após o término do estudo, você continuará sendo atendido no ambulatório da UFV ou UFMG sob supervisão dos preceptores deste serviço.** Para participar dessa pesquisa, seu responsável também precisará autorizar. Você terá risco e desconforto mínimos. O desconforto poderá ser sentido durante a coleta do sangue no antebraço. Reações locais poderão ocorrer, tais como: hematomas e muito raramente inflamação na veia punccionada. Nestes casos, você será orientado (a) e encaminhado (a) adequadamente para atendimento. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao seu responsável. Eu,, portador(a) do documento de identidade e/ou CPF, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e eslorei minhas dúvidas. A devolução dos resultados da pesquisa, dos exames, consultas e questionários coletados será dada a você e seu responsável durante os atendimentos neste ambulatório. Durante a realização desses procedimentos, você pode sentir um pouco de desconforto e ansiedade, sentir-se cansado, mas respeitaremos seu ritmo e daremos apoio psicológico durante todo o processo da pesquisa.

Você, de de 20.....

Assinatura do (a) responsável:

Assinatura da criança:

Assinatura da pesquisadora:
 MARINA SILVA DE LUCCA (01186121661)
Matrícula: 64.966.018 em MARINA SILVA DE LUCCA (01186121661) Data: 2023/06/26 21:13:43:000

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá

consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
 Av. Presidente Antonio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
 Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@proq.ufmg.br
 Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00
 Pesquisadora responsável: Marina Silva de Lucca. CRM/MG 39.542
 lucca_marcia@ufmg.com

Departamento de Medicina e Enfermagem
 Av. Peter Henry Rolfs, s/n
 Campus Universitário – Vieux, MG
 CEP: 36570-900. 55 (31) 36125580 dem@ufv.br

Procedimentos:



Consulta médica

Exame Físico

Coletas de sangue

ANEXO X

**ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- RESPONSÁVEL -**

Via do Responsável

Você e seu (sua) filho (a) estão sendo convidados (as) como voluntários(as) a participar da pesquisa **“NÍVEIS DE BDNF, PERFIL INFLAMATÓRIO E OXIDATIVO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) ANTES E APÓS TRATAMENTO COM METILFENIDATO”**. Neste estudo pretendemos comparar os níveis de BDNF (fator neurotrófico de crescimento cerebral) e o perfil inflamatório/oxidativo de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade antes e após tratamento com metilfenidato, medicação que seu filho usará para o tratamento. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é tentar aprofundar no conhecimento de fatores que podem estar associados “a causa” do TDAH, possibilitando assim pensar em estratégias preventivas e terapêuticas coadjuvantes diferentes das já estabelecidas. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): **Aplicação de questionários e escalas, consultas psiquiátricas pela médica pesquisadora, assim como três coletas de amostras de sangue venoso, no início do tratamento, com 12 e 24 semanas de tratamento com metilfenidato. Essas avaliações serão realizadas concomitantemente aos atendimentos de assistência, os quais seus filhos realizariam independente da pesquisa. O tempo médio das consultas será 2 horas no ambulatório da UFV ou da UFMG.** Para participar deste estudo, você sendo

o(a) responsável pela criança, deverá autorizar e assinar esse termo de consentimento, assim como o termo de assentimento da criança.

Você não terá nenhum custo além dos custos que já teria com o tratamento do TDAH de seu filho, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O Sr. (a) poderá retirar o consentimento ou interromper a participação de seu (sua) filho (a) a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar após iniciado o acompanhamento não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que seu (sua) filho (a) é tratado (a) no ambulatório desta instituição, que irá tratar a identidade dele (a) com padrões profissionais de sigilo e não será identificado(a) em nenhuma publicação. Portanto, caso ocorra a desistência, a continuidade do atendimento será realizada no mesmo ambulatório sob supervisão dos preceptores responsáveis. Ao participar dessa pesquisa, o risco e desconforto serão mínimos. O desconforto poderá ser sentido durante a punção venosa para coleta do sangue. Os riscos, se ocorrerem serão mínimos por se tratar de uma punção venosa no antebraço por profissional experiente. Reações locais poderão ocorrer, tais como: hematomas e muito raramente inflamação na veia punccionada. Nestes casos, os (as) voluntários(as) da pesquisa serão orientados e encaminhados adequadamente para atendimento. Caso sejam identificados outros problemas de saúde e/ou situações de violência sofridas pela criança, o encaminhamento à rede de assistência pública também será feito. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. A devolutiva dos resultados da pesquisa, dos exames, consultas e questionários coletados será dada a você e seu responsável durante os atendimentos neste ambulatório.

Rubrica pesquisador(a):

MARINA SILVA DE
SILVA DE LUCCA 01186121661

Assinado eletronicamente por MARINA
SILVA DE LUCCA 01186121661
Dados: 2021.06.26 21:23:12 -03:00

Rubrica responsável:

Durante a realização desses procedimentos, você pode sentir um pouco de desconforto e ansiedade, sentir-se cansado, mas respeitaremos seu ritmo e daremos apoio psicológico durante todo o processo da pesquisa.

O nome do seu (sua) filho (a) ou o material que indique a participação não será liberado sem a permissão do Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 10 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (à) Sr. (a)Eu, do documento de Identidade portador(a), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Vigosa, de de 20.....

Assinatura do (a) responsável

MARINA SILVA DE
LUCCA:01186121661

Assinado de forma digital por
MARINA SILVA DE
LUCCA:01186121661
Dados: 2021.06.26 21:23:52 -03'00'

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP –Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br
Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00
Pesquisadora responsável: Marina Silva de Lucca marinadelucca@ufv.br
Departamento de Medicina e Enfermagem
Av. Peter Henry Rolfs, s/n
Campus Universitário – Vigosa, MG
CEP: 36570-900. +55 (31) 36125580 dem@ufv.br

ANEXO XI

Arieta de Jesus Felisberto Oliveira,

Agradecemos a submissão do trabalho "Adesão ao tratamento com metilfenidato em crianças com Transtorno de Acompanhamento o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/authorDashboard/submission/117>

[20](#) Login: 05546128607

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo WhatsApp [11 93211 8000](https://wa.me/11932118000).

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Equipe Editorial

[Revista Eletrônica Acervo Saúde](#)