

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Maria Fernanda Thomé de Rizzo

**Sintomas de desatenção e hiperatividade em adolescentes:
relações com a prática esportiva, o lazer e relacionamento
interpessoal**

São Paulo
2008

Maria Fernanda Thomé de Rizzo

**Sintomas de desatenção e hiperatividade em adolescentes:
relações com a prática esportiva, o lazer e relacionamento
interpessoal**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

**Orientadora: Prof. Dra. Cristiane Silvestre
de Paula**

São Paulo
2008

R627s Rizzo, Maria Fernanda Thomé de
Sintomas de desatenção e hiperatividade em adolescentes:
relações com a prática esportiva, o lazer e relacionamento
interpessoal. / Maria Fernanda Thomé de Rizzo. - - São

Paulo,

2008.

84 p. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do
Desenvolvimento) -

Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2008.

Orientação : Profª. Drª Cristiane Silvestre de Paula.

Bibliografia: p.: 72 - 76

1. Déficit de Atenção. 2. Hiperatividade. 3. Prática
Esportiva.

4. Lazer. 5. Sociabilização. I. Título.

CDD: 152.334

Maria Fernanda Thomé de Rizzo

**Sintomas de desatenção e hiperatividade em adolescentes:
relações com a prática esportiva, o lazer e relacionamento
interpessoal**

Data de aprovação: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Cristiane Silvestre de Paula - Orientadora
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a Dr^a. Graciele Massoli Rodrigues
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof Dr. Erasmo Barbante Casella
Universidade de São Paulo (USP)

Aos meus dois amores:
Cristian e Gabriela, por serem a minha vida!!!

AGRADECIMENTOS

À Dra. Cristiane Silvestre de Paula, minha professora e orientadora, que acreditou nas minhas idéias, me incentivou e auxiliou, estando sempre presente, sendo prestativa, paciente e compreensiva!!!

Aos meus Professores do Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento que me ensinaram um novo caminho: o da pesquisa, com muitos conhecimentos compartilhados, alimentando o sonho do educador sempre insatisfeito, querendo aprender cada vez mais.

Ao Mackpesquisa, pelo incentivo financeiro e atendimento de excelente qualidade aos seus alunos.

Aos amigos Denise, Marcos, Marcelo, Nilde e Paula, pelos livros emprestados, pelos trabalhos compartilhados, pelas conversas, pelos cafés, pela amizade, credibilidade e por fazerem parte desta etapa tão importante da minha vida, sempre com um incentivo e uma palavra de conforto!

À minha tia Sandra, prestativa, disponível, com sugestões pertinentes e úteis!!!

Aos familiares, pela paciência, carinho e amor em todos os momentos!!!

Ao Cristian, meu companheiro, meu amor!!! Dividiu comigo todos esses momentos me ajudando, desde montar tabelas e traduções até passeios e viagens com a Gabiba para que eu pudesse estudar!!!

À Gabriela, minha estrelinha que viveu todas essas emoções, desde o ventre até hoje, iluminando os meus dias com seu sorriso sapeca!!!

*“Somos, a um só tempo,
temporários e atemporais;
passageiros e condutores;
história e fato”*

(Nuno Cobra)

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresenta-se como uma das principais causas da procura por ambulatórios de saúde mental por crianças e adolescentes. Sabe-se que muitos indivíduos, mesmo não preenchendo critérios diagnósticos, apresentam muitos sintomas relacionados aos déficits de atenção e hiperatividade e, sofrem prejuízos funcionais. Numa amostra aleatória de adolescentes de uma área de baixa renda da região metropolitana de São Paulo, o presente estudo investigou a associação entre Sintomas de Déficit de Atenção e Hiperatividade (SDAH) e dificuldades de relacionamento, e relações com as práticas esportivas e de lazer. Os SDAH foram analisados com e sem problemas de saúde mental (PSM). Para a avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: *Strengths and Difficulties Questionnaire*, *Brief Impairment Scale* e o questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil. Os principais resultados dessa pesquisa foram que adolescentes com SDAH possuem dificuldades de relacionamento com seus pais, professores e colegas, além de possuírem aproveitamento escolar insatisfatório. Esses achados possibilitaram destacar aspectos sobre a relação existente entre o jovem com SDAH e alguns PSM envolvidos. Também, propôs apontar a importância e os benefícios que a intervenção motora e a prática esportiva feita desde a infância podem trazer para a vida dos jovens com SDAH, auxiliando na sociabilização e no lazer.

Palavras Chave: Déficit de Atenção e Hiperatividade, Prática Esportiva e Lazer, Sociabilização.

ABSTRACT

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) presents itself as the main cause that leads children and teenagers looking for mental health ambulatories. It is well known that a lot of individuals that do not fill diagnostics criteria's, presents a lot of symptoms related to hyperactivity and attention deficits and also feel functional failures. Through a random sample of adolescents of low income families localized in the metropolitan region of São Paulo this study investigated the association between the Attention-Deficit Hyperactivity Symptom (ADHS) and the human relations difficulties, their relation with sportive practices and leisure time. The ADHS sample was analyzed with and without mental health problems (MHP). The following instruments were used for this evaluation: *Strengths and Difficulties Questionnaire*, *Brief Impairment Scale* and the Questionnaire about Brazilian Economic Classification Criteria. The main results obtained pointed out that these adolescents with ADHS have socialization difficulties with their parents, teachers and colleagues beyond unsatisfactory school performance. The result of this research turn possible to detect aspects about the relation between these teenagers with ADHS and some MHP involved. Additionally appointed the importance and benefits that the motor intervention and the sportive practice since their infancy can bring to these teenagers life's with ADHS, helping them in their socialization and leisure time.

Key Words: Attention-Deficit and Hyperactivity, Sportive Practice and Leisure Time, Socialization.

SUMÁRIO

Dedicatória	04
Agradecimentos	05
Resumo	07
Abstract	08
Lista de tabelas	11
Lista de gráficos	12
Lista de abreviaturas e siglas	13
1. INTRODUÇÃO	14
2. SINTOMAS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	18
2.1 O prejuízo funcional	19
2.2 Fatores associados aos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade	22
2.3 Epidemiologia	23
2.4 Problemas de saúde mental relacionados aos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade	25
3. PRÁTICAS ESPORTIVAS, LAZER E SOCIABILIZAÇÃO	26
3.1 Sintomas de déficit de atenção e hiperatividade e práticas esportivas, lazer e sociabilização	27
3.2 Conceitos relacionados à prática esportiva e de lazer	27
3.3 A atividade física, o esporte e o lazer na adolescência	32
3.4 Intervenções motoras	36
4. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	38
4.1 Justificativa	39
4.2 Objetivos	39
5. METODO	40
5.1 Local de realização do estudo	41
5.2 Desenho do estudo	41
5.3 Amostra	42

5.4 Instrumentos	42
5.5 Treinamento dos entrevistadores	45
5.6 Procedimento para coleta de dados	46
5.7 Aspectos éticos	47
5.8 Análise estatística	47
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1 Descrição dos resultados	49
6.2 Discussão	59
6.2.a Resultados encontrados sobre dificuldade de relacionamento com pai, mãe, professores e amigos	63
6.2.b Resultados encontrados sobre o mau aproveitamento escolar	64
6.2.c Resultados encontrados sobre a prática esportiva	64
6.2.d Resultados encontrados sobre o lazer	67
6.2.e Limitações do estudo	68
7. CONCLUSÃO	69
8. REFERÊNCIAS	71
9. ANEXOS	77
9.1 ANEXO A: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	78
9.2 ANEXO B: Escala de Dificuldades Abreviada (EDA)	80
9.3 ANEXO C: Questionário de Avaliação Sócio-econômica (ABEP)	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados do estudo de associação entre TDAH e cada uma das variáveis de interesse	50
Tabela 2 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e relacionamento com o pai, na amostra estudada	50
Tabela 3 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e relacionamento com a mãe, na amostra estudada	52
Tabela 4 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e relacionamento com professores, na amostra estudada	53
Tabela 5 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e relacionamento com amigos, na amostra estudada	54
Tabela 6 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e aproveitamento escolar, na amostra estudada	55
Tabela 7 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e prática esportiva, na amostra estudada	57
Tabela 8 - Distribuição conjunta das variáveis SDAH e lazer, na amostra estudada	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Análise de correspondência – relacionamento com o pai	51
Gráfico 2 -	Análise de correspondência – relacionamento com a mãe	52
Gráfico 3 -	Análise de correspondência – relacionamento com os professores.	54
Gráfico 4 -	Análise de correspondência – relacionamento com os amigos	55
Gráfico 5 -	Análise de correspondência – aproveitamento escolar	56
Gráfico 6 -	Análise de correspondência – prática esportiva.	58
Gráfico 7 -	Análise de correspondência – lazer.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABDAH	Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade
BIS	Brief Impairment Scale
BrazilSAFE	Estudo Brasileiro de Violência Doméstica
CID	Classificação Internacional de Doenças
DDC	Dificuldades de Desenvolvimento da Coordenação
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
ICSSPE	Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSM	Problemas de Saúde Mental
SDAH	Sintomas de Déficit de Atenção e Hiperatividade
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
TA	Transtornos de Aprendizagem
TDHA	Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Na última década, tem se observado um crescente interesse e aumento das pesquisas relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), considerado um dos transtornos mais comuns na infância (ROHDE *et al.*, 1999; DSM-IV, 2000; POETA e NETO, 2005; ABDAH, 2008). O TDAH apresenta-se como uma das principais causas da procura de ambulatórios de saúde mental por crianças e adolescentes (ROHDE *et al.*, 2004).

O TDAH foi definido pela Associação de Psiquiatria Americana (DSM-IV, 2000) como um transtorno de desenvolvimento do autocontrole, que consiste em problemas de desatenção, do controle de impulso e no nível de atividade. Por outro lado, a proliferação de estudos em diferentes disciplinas, assim como a diversidade de abordagem no tratamento do tema, continua gerando controvérsias e críticas quanto ao seu diagnóstico, pois muitas vezes sua sintomatologia, ou características, se apresentam muito próximas a aspectos conductuais de crianças, jovens ou adultos sem a síndrome (BARKLEY, 2002; ROHDE, MATTOS e cols., 2006).

Para a identificação de indivíduos com TDAH, faz-se necessário o estabelecimento do diagnóstico clínico, feito pelo médico responsável pelo caso. Em geral, esse diagnóstico é estabelecido por meio de critérios internacionais de doenças, utilizando então o CID-10 e o DSM-IV. O CID é um manual de classificação internacional de doenças e o DSM-IV é um manual com descrições das doenças mentais, sendo fundamentado em critérios clínico-comportamentais.

São de extrema importância e seus critérios são indiscutíveis.

Por outro lado, sabe-se que muitos indivíduos, mesmo não preenchendo critérios diagnósticos, apresentam muitos sintomas relacionados a déficit de atenção

e hiperatividade, e sofrem suas conseqüências. Estudos internacionais têm revelado que 1/4 das crianças americanas que recebem tratamento psiquiátrico não preenchem estes critérios diagnósticos, mas apresentam prejuízo funcional (ANGOLD *et al.*, 1999). Segundo Winters, *et al.* (2005) prejuízo funcional pode ser definido como dificuldades no relacionamento interpessoal e em atividades diárias em casa, na escola/trabalho e na comunidade.

Portanto, identificar adolescentes que apresentam sintomas de déficit de atenção e hiperatividade (SDAH) em nível subclínico é muito relevante, pois sem serem identificados, podem estar sofrendo prejuízos no dia-a-dia, como em atividades escolares, esportivas, de lazer e socialização.

A adolescência é definida como uma fase do desenvolvimento com algumas transformações físicas e emocionais, que são descritas por Polanczyk *et al.* (2002) como a mudança do corpo, da identidade e de seus pais infantis. Esse intenso processo caracteriza-se por uma mudança emocional de comportamentos e sentimentos, alternando momentos de euforia, audácia e agitação com momentos de introversão, timidez, desinteresse e apatia. Informa, ainda, que reconhecer anormalidades nessa etapa do ciclo vital é uma árdua tarefa, exigindo dos profissionais de saúde mental que os atendem, recursos pessoais consolidados e uma formação acadêmica consistente.

Ao relacionar adolescência aos SDAH, o DSM-IV (2000) revela mudanças ocorridas nessa fase. Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas ou sedentárias. Esses adolescentes possuem sensação de inquietação interna, desassossego, confrontam-se com as demandas trazidas pela transição para o Ensino Médio, e administram mal o tempo. São indivíduos

desorganizados com lição de casa e possuem dificuldade de fazê-la sozinhos e de terminá-la. Também possuem dificuldades de ficar concentrado nas aulas e em leituras. Esquecem compromissos, trabalhos e não lembram onde deixaram objetos. Possuem dificuldades em executar várias coisas ao mesmo tempo e dificilmente completam alguma delas (BALLONE, 2006; SZOBOT e ROMANO, 2007).

Esses jovens também possuem comportamento de risco (direção, drogas/ álcool, sexo, etc...), baixa auto-estima, coleguismo precário e dificuldades com autoridade. A baixa auto-estima e o pobre funcionamento social, exibido por crianças e adolescentes com SDAH que não foram tratados adequadamente, persistem na idade adulta; eles costumam ter poucos amigos e pior ajustamento psicossocial (MANNUZZA e KLEIN, 2000; MENDES e RIBEIRO, 2006).

Analisadas as características dos jovens aqui descritos, podemos relacioná-los com a contemporaneidade, que, nos apresenta múltiplas e simultâneas demandas de atuação. O eu sofre os impactos da saturação social (GERGEN, 1992) os quais nos conduzem, muitas vezes, a novas síndromes, que trazem em si a marca do mundo atual. Soma-se a isso a realidade de exclusão, ou de inclusão perversa, nas palavras de Minayo (1992), e parcelas inteiras da população infantil e juvenil encontram na escola seu último reduto de pertinência social. Esses aspectos tampouco podem ser desconsiderados quando pensamos na relação entre a sociabilização e as práticas esportivas e de lazer com os SDAH. Essa complexidade nos interroga e nos coloca, enquanto profissionais da educação para o esporte e o lazer, num novo cenário de investigação e reflexão sobre as nossas práticas.

Desta perspectiva é que o tema da presente investigação cobra vigência: quais as características dos adolescentes com SDAH, com e sem problemas de saúde mental (PSM), e suas relações com as práticas esportivas, o lazer e a sociabilização.

2. SINTOMAS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

2.1 O PREJUÍZO FUNCIONAL

Adolescentes com (SDAH) costumam ter dificuldades de coordenação motora e prejuízo funcional global, ou seja, problemas no convívio familiar e social, de rendimento escolar, em seu desenvolvimento emocional e de auto-estima. Assim, apresentam um risco grande de desempenho escolar deficiente, repetências, expulsões e suspensões escolares, relações conflituosas com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, problemas de conduta e delinquência, entre outros, descritos por Polanczyk *et al.* (2002), agravando ainda mais as transformações e problemas comuns de sociabilização na adolescência.

Ressaltamos que esses sintomas trazem prejuízos, não só para o próprio adolescente, como para seus pais, irmãos e para a sociedade, com implicações em vários níveis, incluindo os econômicos (GIACOMINI e GIACOMINI, 2006).

Esse prejuízo funcional pode ser avaliado de maneira específica (associado a determinado transtorno) ou global, referindo-se ao funcionamento do indivíduo como um todo, independentemente do transtorno. A avaliação do prejuízo funcional global tem se mostrado muito útil na identificação de crianças e adolescentes que precisam de tratamento ou acompanhamento profissional (CANINO *et al.*, 2004). Destaca-se que os prejuízos funcionais estão presentes nos indivíduos com transtornos psiquiátricos, mas também podem ser observados entre aqueles com sintomatologia em nível subclínico. Esses prejuízos têm se mostrado um indicador de uso de serviços de saúde pública e necessidade de tratamento, pois muitas vezes há muitos sintomas, mas não preenchem critério diagnóstico (ANGOLD *et al.*, 1999; WINTERS, 2005).

Sobre o convívio familiar e social, alguns sintomas podem causar um grande impacto, pois esses adolescentes possuem algumas dificuldades de convívio. Um exemplo é a hiperatividade verbal, pois falam e mudam de assunto continuamente, são incapazes de inibir a verbalização, e/ou cantarolam sons repetitivos em situações inadequadas. Outra característica é a imprevisibilidade: costumam dizer coisas erradas nos lugares errados, são inoportunos, não sabendo distinguir hierarquias, nem interagir em grupo. Costumam importunar fisicamente, têm poucos amigos e relações de curta duração. A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas. Possuem dificuldade para aguardar sua vez e interrompem com freqüência ou se intrometem nos assuntos de outros, a ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais. Como são ansiosos, sofrem constantes reprimendas em casa e na escola, e rejeição dos irmãos por vergonha da inadequação e por ciúme do tempo dedicado a eles pelos pais. Além disso, possuem má aceitação social, sensação de nunca serem bem-vindos e não terem chance de sucesso, tendo em geral, noção do seu fracasso escolar e nos esportes. Freqüentemente quebram brinquedos e objetos, e têm aparência pessoal desmazelada. Os sintomas de ansiedade e baixa auto-estima são freqüentes, podendo na puberdade, vir a se tornar um quadro de depressão (DSM-IV, 2000; BALLONE, 2006; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006; ABDIAH, 2008).

A respeito do baixo rendimento escolar, pode-se ressaltar sua relação com os sintomas de transtornos de aprendizagem (TA). Pode ser entendido como um fracasso para desenvolver habilidades específicas esperadas para a idade e escolaridade, ausência de privação sensorial, doença neurológica ou déficit intelectual global significativo. O transtorno de leitura ou dislexia é o TA mais comum.

Na escrita, é freqüente a presença de *disgrafia* ou *disortografia* (SOUZA *et al.*, 2007). Com as mesmas características, Winnick (2004) define como “distúrbio da aprendizagem”, modificando apenas o nome, ressaltando que a Educação Física pode ser uma boa “ferramenta”, por desenvolver habilidades sociais e pessoais, confirmado por Giacomini e Giacomini (2006).

Sobre a alteração na coordenação motora, alguns autores destacam que acabam interferindo na aprendizagem escolar e nas atividades cotidianas. Algumas alterações são percebidas na coordenação global, na orientação espaço-temporal e na motricidade fina (ARAUJO e SILVA, 2003; ARTIGAS-PALLARES, 2003; FARRÉ-RIBA e NARBONA, 2001; KADESJO e GILBERG, 2001). A criança pode, então, possuir dificuldades em jogos esportivos, não acompanhar ritmos, e atividades de recreação e lazer que demandem uma coordenação motora mais refinada ou com movimentos combinados; não conseguindo, então, acompanhar seus coleguinhas de turma (GIACOMINI e GIACOMINI, 2006). No DSM-IV (2000), essas dificuldades de desenvolvimento da coordenação (DDC), se avaliadas, podem ser encontradas como “problemas motores” e na CID-10 (1993) como “distúrbio específico do desenvolvimento da função motora”. Crianças com DDC têm dificuldades com habilidades motoras que requeiram coordenação, além de dificuldades no desempenho acadêmico e de sociabilização. Tarefas cotidianas simples como amarrar os sapatos, ou mesmo abotoar a camisa podem ser especialmente difíceis. Possuem dificuldades de executar atividades motoras como, por exemplo, algumas utilizadas em teste diagnóstico: pular em um pé só por grande número de repetições, ficar em pé em uma perna só por mais de vinte segundos, andar na face lateral dos pés por dez segundos, e outros (PEREIRA *et al.*, 2005).

Portanto, adolescentes com SDAH necessitam de assistência multiprofissional,

abarcando as áreas médicas, psicológicas, de educação motora, entre outras. Além disso, essas intervenções devem ser precoces e mantidas por longo prazo, a fim de prevenir conseqüências graves sobre o comportamento e a personalidade da criança, bem como sobre o relacionamento familiar (BALLONE, 2006; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006; ABDAAH, 2008).

2.2 FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas dos SDAH ou o transtorno em si, ainda não são totalmente conhecidos, mas a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceito na literatura (DSM-IV, 2000; PEREIRA *et al.*, 2005; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006).

Estudos apontam que o risco para os SDAH parece ser de duas a oito vezes maior entre filhos de pais afetados, podendo chegar a 0.80, do que da população geral. As crianças cujos SDAH não reduzem com a idade, tendem a apresentar familiares afetados com mais freqüência, sugerindo um modo familiar de características mais penetrantes (GOODMAN *et al.*, 1998; DSM-IV, 2000; FARAONE, 2000).

Pesquisas recentes com pacientes gêmeos, irmãos biológicos e irmãos adotivos, comprovam a influência genética: concordância de até 80% em gêmeos univitelínicos (ROHDE e HALPERN, 2004).

Finalmente, diferentes autores indicam o papel dos fatores ambientais nas causas destes sintomas. Enfatizam a psicopatologia dos pais, principalmente

depressão materna; incluindo ainda baixo nível sócio-econômico-cultural, mãe solteira e de baixo nível social, experiência de adoção temporária, alteração da dinâmica e da coesão familiar (ROHDE e HALPERN, 2004). Nesse mesmo sentido, um estudo caso-controle realizado em Niterói, Vasconcelos *et al* (2005) identificou associação entre TDAH e discórdia intrafamiliar. Com uma amostra de 403 alunos de uma escola pública primária, foram preenchidos o questionário de sintomas do DSM-IV e um questionário psicossocial específico. Foram, também, realizados anamnese e exames físico e neurológico completos. Os autores verificaram que a presença de “brigas conjugais entre os pais” era 12 vezes mais freqüente entre indivíduos com TDAH que entre seus colegas sem TDAH.

Vale ressaltar que mesmo com todos os conhecimentos atuais, ainda existem grupos politicamente ativos (principalmente norte-americanos) ainda negam que indivíduos com SDAH sejam uma entidade nosológica merecedora de tratamento. Isso é surpreendente, considerando tratar se de um transtorno com alto comprometimento funcional da vida acadêmica, profissional e funcional do indivíduo, acometendo cerca de 3 à 6% das crianças, e persistindo ainda na vida adulta em mais da metade dos casos (ROHDE, MATTOS e COLS. 2006).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A Epidemiologia pode ser definida como um estudo que utiliza populações definidas para controlar problemas de saúde, tendo como objetivo final melhorar seu perfil de saúde e qualidade de vida. Possui como foco tanto a compreensão ou explicação dos fenômenos relacionados à saúde em populações, quanto à

intervenção para modificar seu padrão de saúde. (MEDRONHO, 2005).

Em relação à epidemiologia do TDAH, estudos populacionais apontam uma predominância do quadro entre os indivíduos do sexo masculino. A proporção entre meninos e meninas, em geral, varia em aproximadamente 2:1 em estudos populacionais, confirmado por Fontana *et al.*, (2007), e até 9:1 em estudos clínicos. Essa diferença na proporção, segundo os autores, provavelmente se deve ao fato de as meninas apresentarem mais TDAH com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta em comorbidades, causando menos incômodo à família e à escola, sendo menos encaminhadas ao tratamento (ROHDE e HALPERN, 2004; ABDAN, 2008).

A prevalência do TDAH é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta (DSM-IV, 2000; BALLONE, 2006; PASTURA *et al.*, 2007).

Já estudos internacionais estimam que 3% a 6% das crianças em idade escolar apresentem TDAH, em amostras não referidas (ROHDE *et al.*, 1999; FARAONE *et al.*, 2003; ROHDE, MATTOS e COLS, 2006).

Essas divergências resultam em diferenças nas desigualdades de metodologias entre os estudos como, por exemplo: procedimento de seleção de crianças e amostra, diferentes escalas de avaliação para determinar a taxa de prevalência, idades diferentes das crianças amostradas nos vários estudos, tipos diferentes de entrevistas diagnósticas, tipos diferentes de delineamento dos estudos, uso de critérios diagnósticos diferentes e uso de diferentes fontes de informação. Afirmando também que três estudos podem auxiliar na determinação de aspectos epidemiológicos do TDAH, sendo eles: os estudos de caso, os estudos longitudinais e retrospectivos (ROHDE, MATTOS e COLS, 2006).

2.4 PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL RELACIONADOS AOS SINTOMAS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Os PSM relacionados aos SDAH abrangem aspectos da aquisição e execução da comunicação falada e escrita, TA, transtornos do humor e da personalidade, além de maior risco de uso de substâncias. A capacidade de adquirir apropriadamente aptidões motoras finas e grosseiras é uma associação freqüente (HECHTMAN, 1999).

Em relação a comorbidades na área de saúde mental, sabe-se que indivíduos com problemas de déficit de atenção e hiperatividade tem risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e vida adulta. Estudos confirmam uma grande incidência de (30 a 50%) de casos em adolescentes com TDAH e Transtorno de conduta e opositor desafiante. Além disso, encontram-se números significativos de casos de ansiedade, depressão e TA (ROHDE *et al.*, 2000). Observa-se que o transtorno de personalidade anti-social e o uso de drogas podem ser mais freqüentes nesses indivíduos do que naqueles sem o transtorno (MANNUZZA & KLEIN, 2000; ROHDE *et al.*, 2000; MENDES e RIBEIRO, 2006).

Um estudo do tipo seccional, realizado em escolares do Colégio de Aplicação da Universidade do Federal do Rio de Janeiro, estimou a prevalência de TDAH e identificou comorbidades associadas à esse quadro clínico. Chama atenção a alta taxa de comorbidades psiquiátricas identificada neste estudo: aproximadamente 58%, sendo mais comuns o Transtorno opositivo-desafiador, Transtorno de Tiques, Depressão, Transtorno de ansiedade generalizada e Transtorno de conduta (PASTURA *et al.*, 2007). Estes resultados de estudos nacionais confirmam os dados citados anteriormente sobre a alta incidência encontrada de PSM ao TDAH, e os prejuízos causados a esses jovens.

3. PRÁTICAS ESPORTIVAS, LAZER E SOCIABILIZAÇÃO

3.1 SDAH E PRÁTICAS ESPORTIVAS, LAZER E SOCIABILIZAÇÃO

Estudos indicam que crianças e adolescentes com SDAH ou TDAH podem possuir dificuldades em jogos esportivos, possuem dificuldades em acompanhar ritmos e atividades de recreação e de lazer que demandem uma coordenação motora mais refinada ou com movimentos combinados (GIACOMINI e GIACOMINI, 2006). Autores confirmam que esses indivíduos possuem dificuldades em relação à coordenação global, na orientação espaço-temporal e na motricidade fina (ARAUJO e SILVA, 2003; ARTIGAS-PALLARES, 2003; FARRÉ-RIBA e NARBONA, 2001; KADESJO e GILBERG, 2001).

De forma geral, em relação a sociabilização dos adolescentes, Weineck (2000) descreve que, com a entrada na puberdade, são característicos os comportamentos críticos e questionamentos de autoridade. Já os jovens com SDAH, além disso, possuem relações problemáticas no convívio familiar, social e com colegas. Eles possuem problemas de conduta e delinqüência, agravando ainda mais as transformações e problemas comuns de sociabilização na adolescência (POLANCZYK *et al.*, 2002).

3.2 CONCEITOS RELACIONADOS À PRÁTICA ESPORTIVA E DO LAZER

Algumas definições são relevantes para a compreensão da relação e importância da prática esportiva e do lazer, para a vida e saúde do adolescente. Ao compreender estes conceitos, pode-se analisar que um adolescente com SDAH consegue se desenvolver socialmente e cognitivamente, utilizando o esporte como

ferramenta, o tempo do lazer de uma forma saudável e tendo uma vida ativa. Desta forma, minimizando os sintomas no seu dia a dia.

Qualidade de vida

A qualidade de vida, entendida enquanto fenômeno que se inter-relaciona com as diversas dimensões do ser humano, tem sido objeto de inúmeros estudos na comunidade científica, não havendo consenso em quanto a sua definição. Isso tem levado muitos estudiosos a empregar o termo “qualidade de vida” de forma reduzida e indiscriminada, desconsiderando sua riqueza e complexidade. Geralmente é associado ao conceito restrito de saúde, no sentido de ausência de bem estar físico e doenças (PIRES *et al.*, 1998; MINAYO, 2000).

A qualidade de vida foi definida pela a Organização Mundial de Saúde (OMS) como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 1999).

Saúde

É definida como uma condição humana com dimensões físicas, social e psicológica, contendo pólos positivos e negativos. A saúde positiva estaria associada à capacidade de apreciar a vida e resistir aos desafios do cotidiano e a saúde negativa estaria relacionada à morbidade ou, no extremo, à mortalidade (BOUCHARD, 1990). Foi definido por Barbanti (1994) como uma condição de bem-estar, que influencia extensivamente o comportamento, sendo um estado ideal de completo bem-estar físico, psicológico e mental.

Sedentarismo

É definido por Barbanti (1994) como o estado em que um indivíduo se movimenta muito pouco. Já Matsudo (2005), entidades ligadas à educação física e às ciências dos esportes, como a OMS e o Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física (ICSSPE), afirmam que é considerado sedentário o indivíduo que pratica menos de 30 minutos de atividades físicas moderadas e, com uma frequência menor que três vezes por semana.

Atividade Física

A atividade física é definida por Powers e Howley (2000) como qualquer atividade muscular resultando no gasto de energia proporcional ao trabalho muscular e está relacionada ao condicionamento físico. É definido por Keihan *et al* (2006) como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Acrescentando, Barbanti (1994) ainda refere-se ao termo como sendo também à totalidade de movimentos executados no contexto do esporte, da aptidão física, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício.

No âmbito escolar, Giacomini e Giacomini (2006), ao se referirem à atividade física, relatam que esta facilita o desenvolvimento da criança, sendo um recurso metodológico capaz de propiciar uma aprendizagem espontânea e natural. É um estímulo à crítica, à criatividade, à curiosidade e à sociabilização, sendo, reconhecida como uma das atividades mais significativas, pelos seus conteúdos pedagógicos, físicos e sociais.

Aptidão Física

A definição adotada é de Bouchard (1990), sendo a aptidão física um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um, funcionando no pico de sua capacidade intelectual, realizar as tarefas do cotidiano, ocupar ativamente as horas de lazer e sentir alegria de viver. E Matsudo e Matsudo (2000) a define como a capacidade que o indivíduo tem de desempenhar as funções cotidianas necessárias, sem que haja desequilíbrio da sua integridade bio-psicossocial.

Esporte

É uma atividade competitiva, institucionalizada, que envolve esforço físico vigoroso ou o uso de habilidades motoras relativamente complexas, por indivíduos cuja participação é motivada pela combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Pode-se sub dividi-lo em: esporte amador: uma forma organizada de atividade esportiva que ocorre primariamente durante o lazer, tanto no treinamento quanto na competição; esporte de elite: uma forma de esporte que objetiva uma performance elevada a nível regional nacional e internacional com recordes, apresentação para a mídia (BARBANTI, 1994); esporte para a saúde: contendo exercícios corporais, dirigidos à estabilização da saúde, podendo tratar-se tanto de interesses preventivos, quanto de interesses terapêuticos ou de reabilitação; esporte de massa: oferta de modalidades esportivas, relevantes do ponto de vista do lazer, acessível a uma grande parte da população (POWERS e HOWLEY, 2000). E também o esporte de alto rendimento ou profissional, visando performance, em que o atleta recebe salário pelo tempo gasto na atividade e pelos resultados obtidos, e exaustivos treinamentos com grandes índices de lesões para os atletas (BARBANTI, 1994; ALMEIDA & GUTIERREZ, 2008).

Lazer

O lazer foi conceituado por Dumazedier (1980) como:

“Conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.”

De uma forma mais sucinta, foi definido como cultura, entendida no seu sentido mais amplo, vivenciada no tempo disponível, combinando os aspectos *atitude* e *tempo*; também interpretada como “tempo disponível” aquele livre das obrigações profissionais, religiosas, familiares e como atitude aquela desinteressada, prazerosa. Mesmo entre os estudiosos do lazer não existe um consenso sobre seu conceito. Assim, seriam apresentadas duas grandes vertentes: a que enfatiza o aspecto *atitude*, considerando o lazer um *estilo de vida*, sendo independente de um tempo determinado; e a que privilegia o *aspecto tempo*, o que seria a utilização do *tempo livre*, este livre das obrigações familiares, sociais ou religiosas, sendo observada a qualidade das ocupações desenvolvidas (MARCELLINO, 1999).

Esporte de lazer

Segundo Almeida e Gutierrez (2008), foi criado um novo conceito para o esporte, hoje visto nas praças, parques e locais públicos. O chamado por Dieckert (1982) de “esporte de lazer”. Eles ressalvam que, com a junção de dois termos tão abrangentes como o lazer e o esporte, desejam estabelecer um outro sentido ao esporte, diferenciando totalmente do esporte de alto rendimento o qual não possui nada de lúdico, com regras impostas, rígidas, um esporte sem interação. Deixando claro que o esporte de lazer busca a alegria, o divertimento, o prazer e a sociabilidade. Conceitos típicos do lazer que são incorporados no esporte.

Pode-se complementar estes conceitos levando-os às escolas. Têm-se, então, breves definições sobre a Educação Física escolar:

Educação Física

Definida em uma obra Coletivo de Autores (1992) como:

“... matéria escolar que trata, pedagogicamente, temas da cultura corporal, ou seja, os jogos, a ginástica, as lutas, as acrobacias, a mímica, o esporte e outros... ”.

Já Freire (1994) propõe a Educação Física como uma educação de corpo inteiro, que pressupõe corpo e mente indissociados, afirmando não ser partidário de utilização de “padrões de movimento”, preferindo a utilização da expressão “esquemas motores”, na prática das atividades. Pode-se, então, acrescentar à definição de educação física, a definição de educação motora, que Barbanti (1994) define como atividade didática e pedagógica que objetiva iniciar, desenvolver e aperfeiçoar a capacidade de movimento de um indivíduo, bem como formar-lhe uma série de valores.

O presente estudo focará as seguintes áreas: na prática esportiva, no lazer e na sociabilização dos adolescentes com SDAH.

3.3 A ATIVIDADE FÍSICA, O ESPORTE E O LAZER NA ADOLESCÊNCIA

Quando analisado o esporte na Educação Física, Silva, Rangel e Neto (2007) fizeram um estudo qualitativo com professores de Educação Física do Ensino Fundamental II. Com seus questionamentos a respeito da utilização dos esportes em suas aulas, obtiveram as seguintes confirmações destes professores, a respeito de

como ou o quê o esporte acrescenta no desenvolvimento dos alunos: contribui para a melhora da qualidade de vida, diminui a agressividade; disciplina os alunos através das regras, ajudando-os a viver socialmente, cooperando e integrando; alternativa para evitar o sedentarismo; auxilia no desenvolvimento motor e cognitivo dos adolescentes.

Saindo do âmbito escolar, analisou-se um estudo feito em Campinas com dez adolescentes de 15 e 16 anos, que freqüentavam um projeto com atividades esportivas e recreativas da prefeitura ao serem questionados sobre a importância dos jogos, responderam que, para eles, ajuda na formação física e na saúde física e mental, utilizam força e disputa, exercitam o físico e o pensamento, desenvolvem habilidades, inteligência e resistência, é um passatempo e que é gostoso jogar (ANTUNES, 2006). Neste caso, o esporte e as atividades recreativas, são utilizados como atividade complementar às aulas e também como lazer.

Ao verificar outros estudos, infelizmente, o encontrado não foi positivo como os estudos anteriormente citados. Araújo e Pereira (2003), quando estudaram o risco à saúde de meninos de rua com idade entre 7 e 17 anos, atendidos por uma escola municipal em João Pessoa (PB), detectaram através de questionário aplicado em forma de entrevista, questões relacionadas com atividades físicas, hábitos alimentares, uso de drogas, comportamentos sexuais e agressivos. Observaram que a maioria dos meninos apresentaram níveis insuficientes de atividade física.

Em um artigo escrito por Alves *et al.* (2005) sobre um estudo transversal, tipo inquérito, verificou-se em adultos jovens a freqüência de atividade física e de lazer e se a prática de esportes durante a adolescência influenciou a atividade na vida adulta. O autor apresentou, também, a importância da prática de atividade física contribuindo para a diminuição do risco de arteriosclerose e suas conseqüências,

ajudando no controle da obesidade, da hipertensão arterial, dos diabetes, da osteoporose, entre outras. A atividade física contribui ainda no controle da ansiedade, da depressão, da doença pulmonar obstrutiva crônica, da asma, além de proporcionar melhor auto-estima e ajudar no bem-estar e socialização do cidadão.

Estudos atuais assinalam que a maioria da humanidade leva uma vida sedentária e que quase a metade dos escolares não tem aulas regulares de educação física; A participação em atividades físicas declina consideravelmente com o crescimento, especialmente da adolescência para o adulto jovem, identificando alguns fatores de risco para o sedentarismo: pais inativos fisicamente, escolas sem atividades esportivas, ser do sexo feminino, residir em área urbana, TV no quarto da criança (ALVES *et al.*, 2005).

É descrito também por Weineck (2000) que com a entrada na puberdade, o interesse pelo esporte diminui, deixando de ser puro e passando a ter uma “pressão” competitiva, caindo na escala de valores. Tendo como base, agora, principalmente a necessidade de contato social com adolescentes da mesma idade.

Sobre a queda de interesse pela prática esportiva, em um estudo longitudinal feito em Londrina, foi exposto que pouco se sabe sobre o hábito de prática de atividade física de adolescentes. O estudo analisou níveis de prática de atividade física habitual em uma amostra representativa com 281 adolescentes (157 moças e 124 rapazes) de 15 a 18 anos. Após pesquisa com aplicação de questionários, analisaram que a maioria dos adolescentes (97% das moças e 74% os rapazes) não atende às recomendações quanto à prática de atividade física que possa alcançar impacto satisfatório à saúde. Concluíram que existe uma elevada taxa de sedentarismo e que ações intervencionistas são necessárias para incentivar a prática adequada de atividade física na população jovem (GUEDES *et al.*, 2001).

Em comparação ao estudo anterior, outra pesquisa realizada com o objetivo de identificar o nível de atividade física em adolescentes, em Niterói, no Rio de Janeiro, teve como amostra 325 alunos da rede pública de ensino. Foram aplicados questionários e realizadas medidas antropométricas (massa corporal, estatura e índice de massa corporal). Um dos principais resultados foi que as atividades físicas mais praticadas são o futebol entre os meninos e caminhada entre as meninas. Os adolescentes apresentaram maior nível de atividade nos finais de semana em comparação aos dias da semana. Foram classificados 85% dos meninos e 94% das meninas como sedentários (SILVA e MALINA, 2000; ALVES *et al.*, 2005).

Um estudo epidemiológico do tipo transversal realizado em Pelotas (RS), objetivou determinar a prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes residentes em uma área urbana. Foram entrevistados 960 adolescentes, dos quais 39% foram considerados sedentários. As meninas foram maioria e os adolescentes das classes sociais mais baixas foram mais sedentários. Concluiu-se que ser do sexo feminino, pertencer à classe social baixa, ter uma baixa escolaridade e ser filho de mãe com baixa escolaridade são fatores associados ao sedentarismo (OEHLSCHLAEGGER *et al.*, 2004).

Inúmeros estudos relativos a fisiologia do exercício, seguem uma linha de pensamento entre a prática da atividade física e uma conduta de vida saudável (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2000).

Os principais benefícios à saúde advindos da prática de atividade física, estão relacionados aos aspectos antropométricos e neuromusculares como: perda de gordura corporal, aumento da força e da massa muscular, densidade óssea e flexibilidade. Em relação aos aspectos metabólicos, pode-se afirmar que ocorre um aumento do volume sistólico, aumento da potência aeróbia, aumento da ventilação

pulmonar, etc. Sobre o aspecto psicológico, afirma-se que a atividade física atua na melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e da socialização, na diminuição do estresse e da ansiedade (McARDLE *et al.*, 1996; NIEMAN, 1999; MATSUDO e MATSUDO, 2000).

3.4 INTERVENÇÕES MOTORAS

Como foi visto, os adolescentes com SDAH, carregam desde a infância sintomas que acabam acarretando prejuízos funcionais até a vida adulta. Estudos confirmam que intervenções motoras feitas desde a infância são eficazes e contribuem para o desenvolvimento cognitivo e motor destes indivíduos, como:

A psicomotricidade pode ser utilizada como um meio para melhorar o controle motor das crianças com sintomas ou diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade (FONTENELLE, 2001). Bicudo (2004) em sua obra descreve que, a psicomotricidade pode intervir e ajudar as crianças hiperativas, pois, através da transformação do espaço e do outro, a nível simbólico, a criança poderá conter seu pensamento e se engajar, verdadeiramente na ação, saindo da atividade motora impulsiva em que se encontrava.

Em uma pesquisa realizada por Poeta e Neto (2005), pode-se constatar que as intervenções motoras em uma criança com indicadores do TDAH influenciaram positivamente na motricidade fina, no equilíbrio, no esquema corporal e na organização temporal, tendo sido constatada mudanças no nível de desenvolvimento motor.

A atividade física, como instrumento para tratamento de SDAH ou TDAH,

segundo Giacomini e Giacomini (2006), é importantíssima, pois são especialmente voltadas para o desenvolvimento do corpo, mas também atuam como estímulo ao desenvolvimento psicossocial da criança. As finalidades destas atividades devem ser bem definidas, considerando a continuidade das atividades anteriores com as posteriores. A utilização de jogos e brincadeiras é essencial, pois assim as estruturas cognitivas superiores são gradualmente desenvolvidas, englobando muitos ambientes e variáveis, promovendo o desenvolvimento cognitivo das crianças.

Mendes e Ribeiro (2006) entrevistaram profissionais da área da medicina e de educação física, para investigar a contribuição da educação física para as crianças e adolescentes com TDAH, para seu artigo. Constataram que os profissionais da área da medicina reconhecem a importância da prática de exercícios ou de atividade física para os indivíduos com sintomas ou com diagnóstico de déficit de atenção e hiperatividade. Então, canalizam sua energia em uma atividade, e com esta, melhoram a produção de dopamina, assim como de outros neurotransmissores como serotonina e endorfina, melhorando substancialmente os sintomas desagradáveis deste transtorno. Na opinião dos educadores, a atividade física ajuda os alunos a gastar energia, a aprender a lidar com as frustrações de ganhar e perder sendo utilizado o jogo como instrumento, a controlar a impulsividade, ansiedade, desenvolvendo a atenção e a coordenação motora.

4. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

4.1 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância do impacto dos SDAH na vida e na rotina dos adolescentes envolvidos, são importantes as investigações a respeito dos fatores que influenciam e interferem nesse quadro. Pesquisas que promovam evidências sobre essa realidade poderiam auxiliar para que eles obtenham melhor qualidade de vida, com redução de prejuízos funcionais no seu dia a dia.

4.2 OBJETIVOS

1. Verificar a associação entre adolescentes com sintomas de desatenção/hiperatividade e dificuldades de relacionamento.
2. Identificar associações entre adolescentes com sintomas de desatenção/hiperatividade e aproveitamento escolar, práticas esportivas e de lazer.
3. Verificar se existem diferenças nas associações investigadas: prática esportiva, lazer e sociabilização entre adolescentes com SDAH e aqueles com os mesmos sintomas e simultaneamente com outros problemas de saúde mental.

5. MÉTODO

5.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O município de Embu, com 232.165 habitantes é um dos mais violentos do país, com taxa de mortalidade por homicídio de 100,8 por 100 mil habitantes em 2002, taxa esta bastante superior à da cidade de São Paulo (38,9) e a da região a que pertence (55,2). Apenas 4,4% das pessoas responsáveis pelos domicílios têm rendimento maior que 10 salários mínimos, taxa esta bastante inferior à do estado de São Paulo (14,3%) e também à da região em que o Embu está situado (17,0%) (SEADE, 2005).

O Jardim Santo Eduardo foi o bairro do município de Embu escolhido para a realização do estudo, devido às características da comunidade, como altas taxas de violência, baixa renda da população e por ter estrutura razoavelmente necessária para a realização do estudo.

5.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal realizado com amostra populacional (MEDRONHO, 2005).

Os dados deste estudo fazem parte do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSAFE), coordenado pela Prof Dra. Isabel A S Bordin, Psiquiatra da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A coordenadora do BrazilSAFE, assim como a co-investigadora Prof. Dra. Cristiane S de Paula autorizaram a utilização destes dados.

5.3 AMOSTRA

Para esta pesquisa foi utilizada uma subamostra retirada do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSAFE). O presente estudo de corte transversal utilizou uma amostra probabilística de 244 adolescentes de 11 a 17 anos, residentes em um bairro de baixa renda do município de Embu, periferia de São Paulo.

A amostra inicial do presente trabalho foi composta por todos os 253 adolescentes de 11 a 17 anos de idade. Contudo, em nove casos houve perda parcial de dados relacionados aos SDAH, portanto, a amostra final deste estudo foi de 244 adolescentes.

5.4 INSTRUMENTOS

As mães responderam ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* (versão para pais), *Brief Impairment Scale* e ao questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil. Os adolescentes responderam adicionalmente ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* (versão para adolescentes). Todos os questionários foram aplicados individualmente por entrevistadores treinados. Mães e adolescentes foram entrevistados por profissionais diferentes para evitar contaminação de informações.

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O SDQ é um breve questionário de rastreamento de PSM em crianças de 4 a 16 anos, com propriedades psicométricas adequadas (GOODMAN e STEVENSON, 1989; GOODMAN *et al.*, 2000; GOODMAN, 2001). Neste estudo foram utilizadas as

versões para pais e jovens (a partir de 11 anos). O SDQ é composto de 25 itens, distribuídos nas seguintes escalas: ansiedade e/ou depressão (5 itens), problemas de conduta (5 itens), hiperatividade/ déficit de atenção (5 itens), problemas de relacionamento com colegas (5 itens) e comportamento social positivo (5 itens), sendo que as primeiras quatro escalas somam-se, gerando um total de dificuldades. As versões brasileiras do SDQ para pais e adolescentes foram elaboradas e validadas por Bacy Fleitlich-Bylik (2002), com supervisão de Robert Goodman (FLECK *et al.*, 1999; GOODMAN *et al.*, 2000).

Na versão do SDQ para pais, pontos de corte classificam as crianças e adolescentes em três categorias para cada uma das escalas: ansiedade/depressão [casos clínicos (5-10), limítrofes (4) e normais (0-3)]; problemas de conduta [casos clínicos (4-10), limítrofes (3) e normais (0-2)]; hiperatividade/déficit de atenção [casos clínicos (7-10), limítrofes (6) e normais (0-5)]; problemas com colegas [casos clínicos (4-10), limítrofes (3) e normais (0-2)]; total de dificuldades [casos clínicos (17-40), limítrofes (14-16) e normais (0-13)].

Na versão do SDQ para adolescentes, pontos de corte classificam os adolescentes em três categorias para cada uma das escalas: ansiedade/depressão [casos clínicos (7-10), limítrofes (6) e normais (0-5)]; problemas de conduta [casos clínicos (5-10), limítrofes (4) e normais (0-3)]; hiperatividade/déficit de atenção [casos clínicos (7-10), limítrofes (6) e normais (0-5)]; problemas com colegas [casos clínicos (6-10), limítrofes (4-5) e normais (0-3)]; total de dificuldades [casos clínicos (20-40), limítrofes (16-19) e normais (0-15)].

O SDQ foi escolhido para esta pesquisa por ter sido validado no Brasil, por ser de fácil aplicação e baixo custo (FLEITLICH-BYLIK, 2002).

Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP)

O Questionário Classificação Econômica ABEP foi desenvolvido pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa para a determinação de classes econômicas, segundo o poder de consumo da família. Cinco classes sociais podem ser estabelecidas segundo o escore total obtido: A (25-34), B (17-24), C (11-16), D (6-10) e E (0-5). Quanto mais baixo o escore, menor o poder de compra da família (ABEP, 2003).

Brief Impairment Scale (BIS)

A BIS ou Escala de Dificuldades Abreviada é um instrumento aplicado aos pais para medir prejuízo funcional global em crianças e adolescentes a partir de 23 itens correspondentes a três áreas: relacionamento interpessoal, atividades escolares e auto-conceito (BIRD *et al.*, 2005). A presença de prejuízo funcional global foi determinada pela pontuação > 15,5 na escala total BIS. O ponto de corte da versão brasileira da BIS foi estabelecido a partir da comparação da distribuição dos escores obtidos no Embu com aqueles de amostras porto-riquenhas.

Desfecho clínico

O desfecho clínico de interesse para este estudo consiste em SDAH segundo escala específica para avaliação destes sintomas do questionário SDQ. Foram considerados positivos todos adolescentes com pontuação em nível limítrofe ou anormal (> que 6) na escala de hiperatividade/ déficit de atenção do SDQ versão pais e/o versão adolescentes.

Investigou-se também se os adolescentes possuíam, concomitantemente ao SDAH, os seguintes PSM: ansiedade e depressão, problemas de conduta e

relacionamento com colegas. Esses problemas também foram estabelecidos segundo as escalas específicas do SDQ.

Os fatores de risco para SDAH analisados neste estudo foram: 1) relacionamento com pai, mãe, professores e colegas, 2) práticas esportivas, 3) prática do lazer, 4) aproveitamento escolar.

5.5 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

O treinamento de entrevistadores foi bastante rigoroso, contando como pré-requisito experiência profissional em saúde mental, para a aplicação de todos os questionários. Foram selecionadas 16 entrevistadoras para participar do treinamento: 11 psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma antropóloga; as três últimas com especialização em saúde mental.

O treinamento teórico e prático para a aplicação de questionários do BrazilSAFE foi realizado em grupo, sob coordenação da psiquiatra infantil Dra. Isabel A. S. Bordin e da psicóloga Cristiane Silvestre de Paula. Esse treinamento exigiu uma carga horária de 40 horas. Como parte prática do treinamento, todas as entrevistadoras aplicaram os questionários em pelo menos quatro mães de uma unidade básica de saúde do Jardim Santa Emília, bairro vizinho ao Jardim Santo Eduardo, com população bastante semelhante. Numa segunda etapa, foram selecionados 10 entrevistadores para a aplicação do SDQ. Todos concluíram o treinamento teórico e prático com a Dra. Bacy Fleitlich-Bylik, autora da versão brasileira de ambos questionários (carga horária de 12 horas). Como parte prática do treinamento, todos os entrevistadores aplicaram os questionários em pelo menos

duas mães e dois adolescentes.

5.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os 996 domicílios considerados elegíveis por ocasião do mapeamento, foram visitados por duplas de agendadoras, sendo uma das componentes da dupla, moradora do bairro ou funcionária do posto de saúde.

Dificuldades encontradas no agendamento: (1) o tráfico de drogas na região fechou diversas ruas do bairro onde se realizava a pesquisa, tornando vários domicílios temporariamente inacessíveis; (2) 996 famílias foram visitadas diversas vezes para adequar os horários de agendamento disponíveis no posto de saúde às possibilidades das mães, já que muitas trabalhavam fora e não tinham dias de folga pré-estabelecidos; (3) por ser uma comunidade de baixa renda, além de trabalhar fora, as mães ocupavam seus dias de folga com idas ao mercado, visitas a parentes e outras atividades que tornavam difícil encontrá-las em casa, sendo necessário voltar várias vezes ao mesmo domicílio para realizar o agendamento; (4) muitas mães não compareciam ao horário agendado, exigindo novas visitas, em dias úteis e em finais de semana, pois eram necessárias três faltas para que se caracterizasse perda amostral; (5) nas 253 famílias, onde o adolescente também precisava ser entrevistado, o número de visitas domiciliares foi maior, pois era preciso encontrar em casa, ao mesmo tempo, mãe e filho para agendamento de entrevistas no mesmo dia.

A coleta de dados foi realizada em 11 meses consecutivos, foi dificultada

devido à violência encontrada no município de Embu. Apesar das dificuldades encontradas, o trabalho de campo foi realizado dentro do prazo previsto no cronograma de atividades.

5.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

A pesquisa Estudo Brasileiro de Violência Doméstica (BrazilSAFE) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Projeto 0740/02). Deste modo, por utilizar uma subamostra, não foi necessário passar por uma nova aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, pois a coleta já havia sido feita anteriormente. Toda a pesquisa foi conduzida com base em princípios éticos (consentimento livre e esclarecido, privacidade nas entrevistas individuais de mães e adolescentes e garantia de anonimato) lembrando que crianças (0-10 anos) não foram entrevistadas.

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primeiramente foi feita uma análise descritiva com tabelas de freqüências simples. Num segundo momento foi feita uma análise univariada para estudar a associação entre as variáveis do estudo, empregando-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, exato de Fisher e de Mantel-Haenszel (AGRESTI, 2002).

Para avaliar a associação conjunta das variáveis de estudo (análise multivariada), foi executada uma Análise de Correspondência (GREENACRE, 1984).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 RESULTADOS

No presente estudo, contamos inicialmente com 253 adolescentes com idades entre 11 e 17 anos: 134 do sexo feminino e 119 do sexo masculino. Desse total houve perda de nove casos, por perda parcial de dados relacionados à avaliação dos SDAH, permanecendo uma amostra final de 244 adolescentes.

Dos 244 adolescentes analisados, 187 não possuíam SDAH e 57 possuíam SDAH (23,4%). Destes 57 adolescentes positivos, verificou-se que nove casos possuíam apenas SDAH sem outros PSM (casos puros = 15,8%), enquanto os outros 48 casos (84,2%) tinham algum PSM envolvido. Além disso, verificou-se que entre os 57 adolescentes com SDAH, 31 também tinham sintomas de ansiedade e depressão, 33 apresentavam também problemas de conduta, e 30 adolescentes tinham conjuntamente SDAH e problemas de relacionamento com colegas. Entretanto, como o foco do estudo são os SDAH, decidimos, a partir daqui, tratar os dados de PSM sem especificar o tipo de sintoma. Portanto, os adolescentes com SDAH e com algum PSM descritos abaixo, podem apresentar sintomas de ansiedade/depressão, problemas de conduta ou problemas de relacionamento com colegas.

Os principais resultados desta pesquisa foram que adolescentes com SDAH possuem dificuldades de relacionamento com seus pais, professores e colegas, além de possuírem aproveitamento escolar insatisfatório. Temos a seguir uma primeira tabela, apresentando a análise estatística referente às associações entre SDAH (amostra completa, incluindo casos puros e com PSM) e todos os fatores de risco investigados, em que somente esporte e lazer não se mostram associados (tabela 1):

Tabela 1: Resultados do estudo de associação entre SDAH e cada uma das variáveis de interesse.

Variável	Nível descritivo
Relação com o pai	0,014
Relação com a mãe	0,007
Relação com os professores	0,001
Relação com os amigos	0,005
Aproveitamento escolar	0,002
Prática esportiva	0,494
Lazer	0,662

Abaixo são apresentados os resultados das análises de associação entre SDAH com cada um dos fatores de risco investigados nesta pesquisa. Os gráficos e as tabelas a seguir mostram as associações entre os fatores de risco para adolescentes com SDAH puro e com outros problemas de saúde mental.

Nos casos de dificuldade de relacionamento com o pai, foram encontrados 21 casos com dificuldades. Destes, dois casos de adolescentes com SDAH puros e, 19 casos com SDAH e PSM envolvidos (tabela 2):

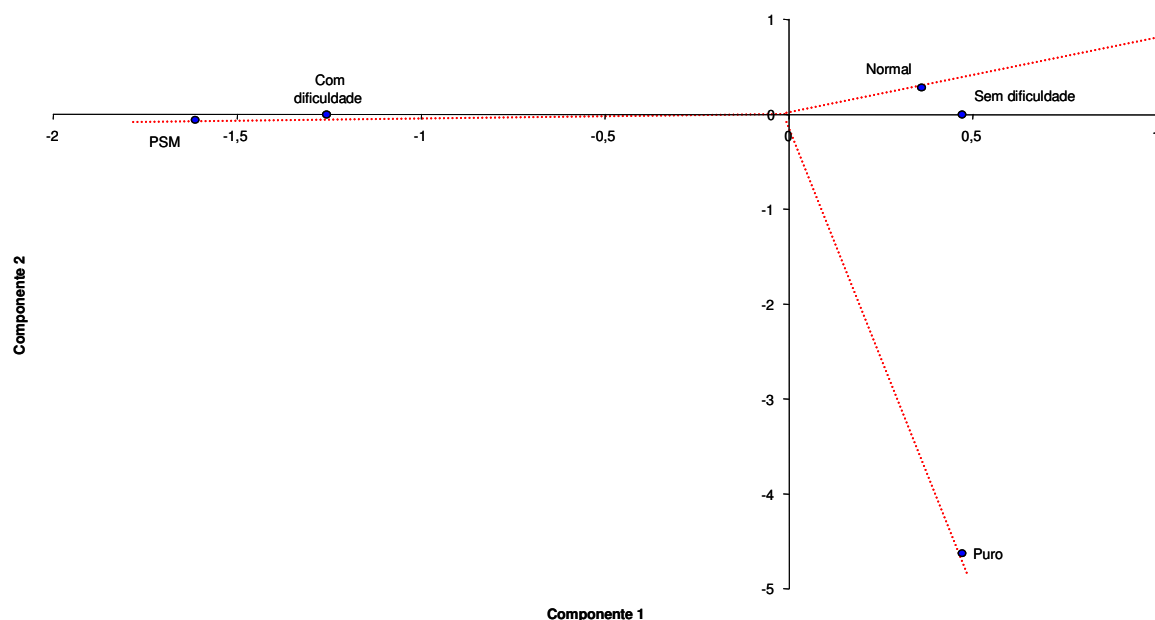
Tabela 2: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e relacionamento com o pai, na amostra estudada.

Relacionamento com o pai	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Sem dificuldade	126	7	22	155
Com dificuldade	39	2	19	60
Total	165	9	41	215

Como pode ser visto a seguir, há uma associação entre SDAH com dificuldade no relacionamento com o pai nos 19 casos que possuem também PSM

envolvidos, pois no gráfico de análise de correspondência o ângulo referente a tal associação é de aproximadamente 1°. Do mesmo modo, o ângulo referente à associação entre indivíduos sem SDAH e bom relacionamento com o pai é de aproximadamente 15°. Não foi encontrada associação entre SDAH (casos puros) e dificuldade de relacionamento com o pai, pois o ângulo relacionado é de aproximadamente 110°.

Gráfico 1: Análise de correspondência – Relacionamento com o pai.



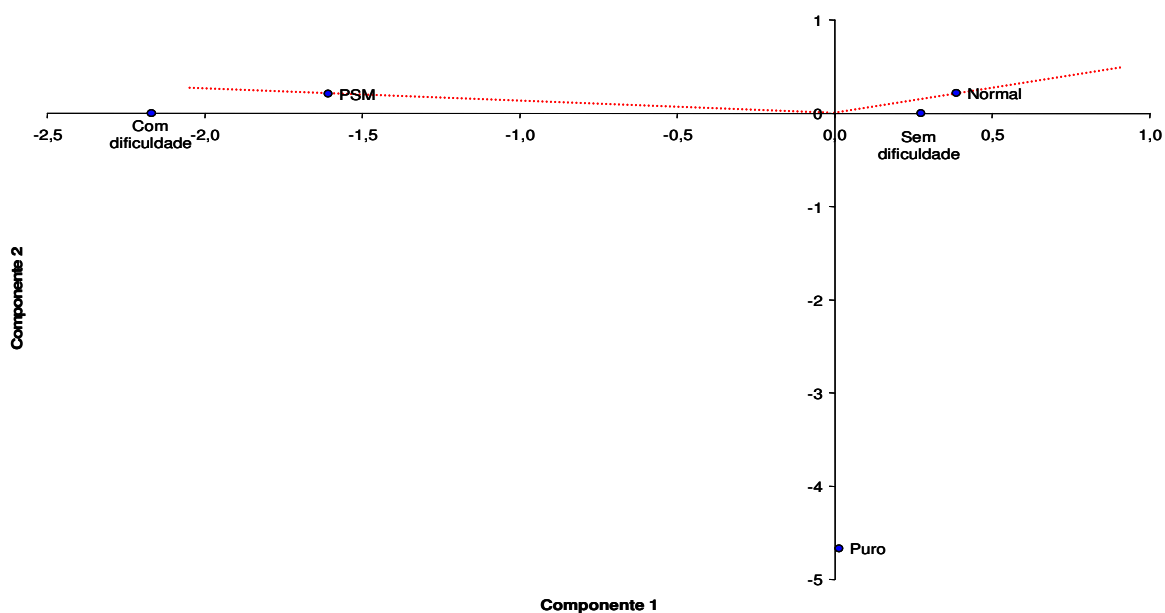
Quando analisado o relacionamento das mães com estes jovens, obtivemos o seguinte resultado: 15 casos confirmaram que possuíam dificuldade de relacionamento com as mães. Destes, um possui SDAH puro, e 14 SDAH com PSM envolvidos aos sintomas. Na tabela 3 temos estes dados apresentados:

Tabela 3: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e Relacionamento com a mãe, na amostra estudada.

Relacionamento com a mãe	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Sem dificuldade	167	8	34	209
Com dificuldade	20	1	14	35
Total	187	9	48	244

Como pode ser visto no gráfico 2, há uma associação entre SDAH com PSM, e dificuldade no relacionamento com a mãe, já que no gráfico de análise de correspondência o ângulo referente a esta associação é de aproximadamente de 2 graus. Ao mesmo tempo, o ângulo referente à associação sem SDAH e bom relacionamento com a mãe é de aproximadamente 15°. Não foi identificada associação entre SDAH puro e mau relacionamento com a mãe.

Gráfico 2: Análise de correspondência – Relacionamento com a mãe.



Sobre a dificuldade de relacionamento dos jovens com SDAH e seus professores, obtivemos a seguinte situação: 19 casos foram encontrados que possuíam dificuldade de relacionamento com seus professores, sendo que 2 eram de SDAH puro e 17 com PSM inclusos. Na tabela 4, são mostrados estes dados:

Tabela 4: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e Relacionamento com professores, na amostra estudada.

Relacionamento com professores	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Sem dificuldade	163	7	27	197
Com dificuldade	17	2	17	36
Total	180	9	44	233

Há uma associação entre SDAH e dificuldade no relacionamento com os professores nos casos de SDAH com PSM, pois no gráfico de análise de correspondência, o ângulo referente a tal associação é de aproximadamente 7°. O ângulo referente aos casos sem SDAH e bom relacionamento com os professores é de aproximadamente 5°. E, não foi identificada associação entre os dois casos de SDAH puro e problemas no relacionamento com professores, medindo 91° (Gráfico 3).

Ao analisar o relacionamento dos indivíduos com SDAH e seus amigos, foram encontrados nove casos com dificuldades de relacionamento, sendo todos de adolescentes com SDAH com PSM envolvidos. Observa-se esses dados na tabela 5.

Gráfico 3: Análise de correspondência – Relacionamento com os professores.

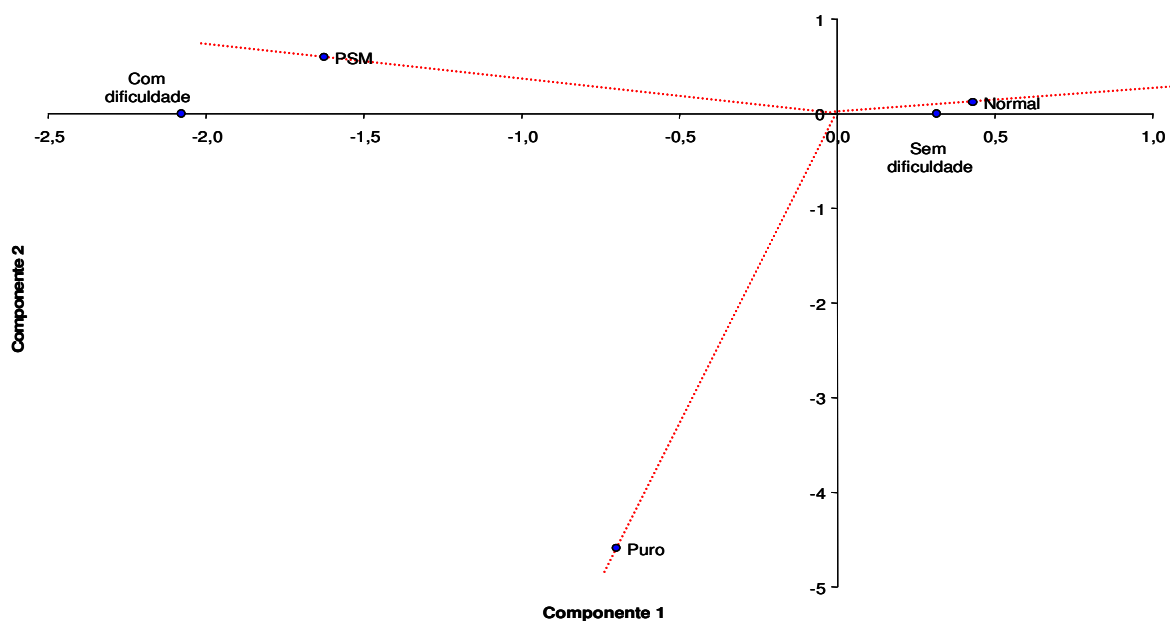


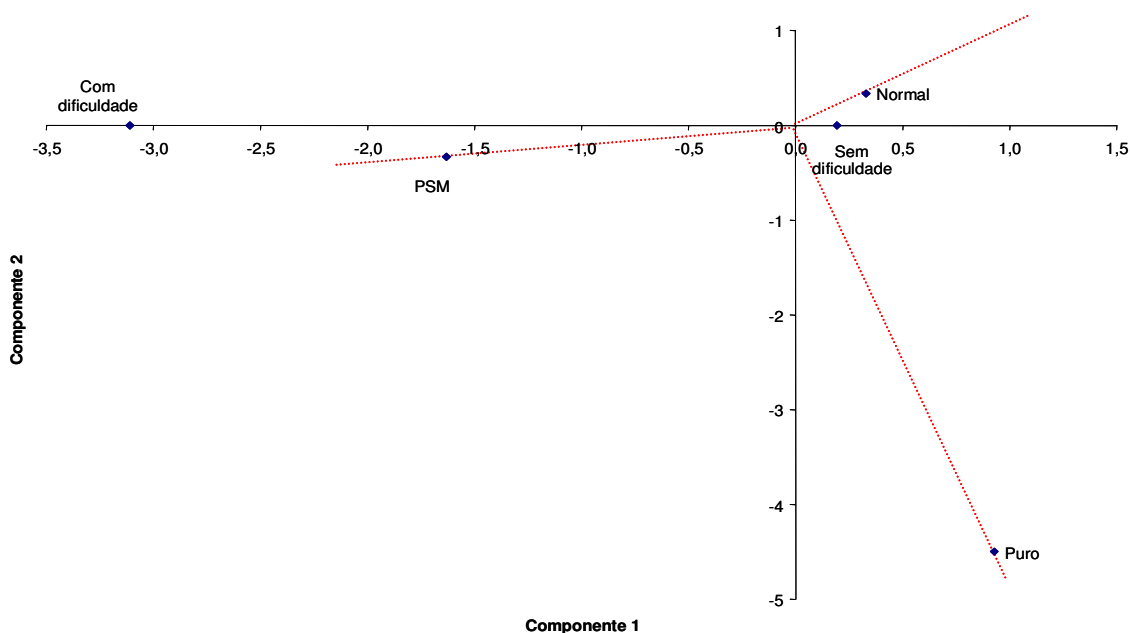
Tabela 5: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e Relacionamento com amigos, na amostra estudada.

Relacionamento com amigos	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Sem dificuldade	179	9	38	226
Com dificuldade	8	0	9	17
Total	187	9	47	243

No gráfico 4, houve uma associação entre SDAH e PSM e dificuldade no relacionamento com os amigos pois, no gráfico de análise de correspondência, o ângulo relativo a essa associação é de aproximadamente 5 graus. Ao mesmo tempo, o ângulo referente aos casos de SDAH puros e dificuldades de relacionamento com os amigos, tem aproximadamente 115 graus, apontando então

que não houve correlação neste caso. Na associação entre adolescente sem SDAH com bom relacionamento foi encontrado o seguinte ângulo: 29 graus havendo correlação.

Gráfico 4: Análise de correspondência – Relacionamento com os amigos.



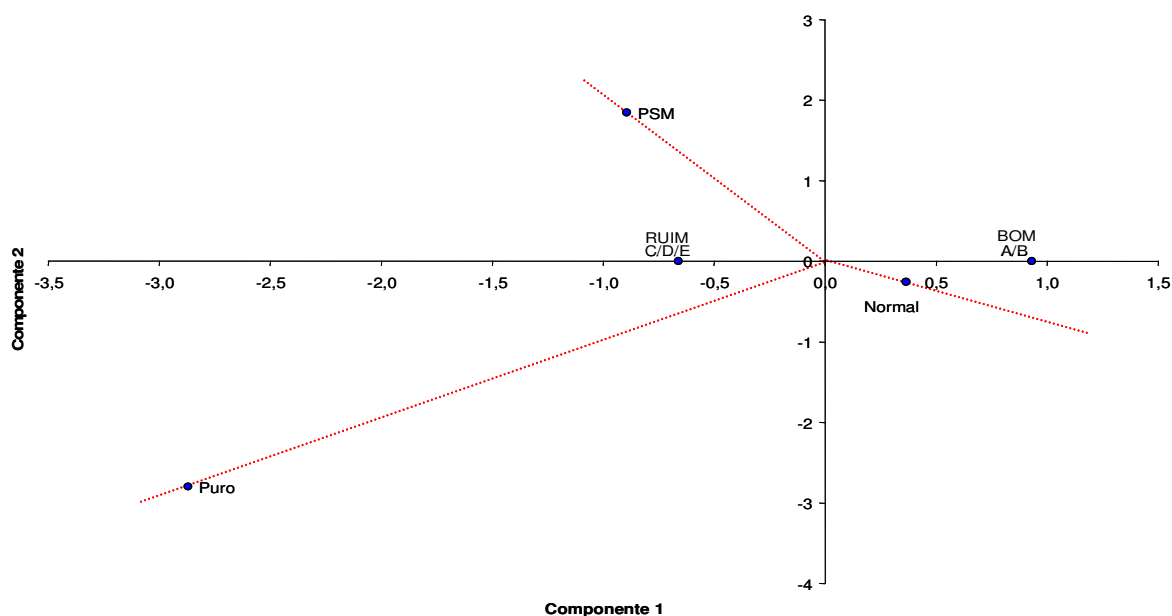
Em relação ao mau aproveitamento escolar, foi constatado que 41 casos possuem esse problema: nove casos de SDAH puros e 32 com PSM envolvidos (tabela 6):

Tabela 6: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e Aproveitamento escolar, na amostra estudada.

Aproveitamento escolar	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
A/B	82	0	11	93
C/D/E	98	9	32	139
Total	180	9	43	232

O gráfico 5, mostra que houve associação entre SDAH com PSM e dificuldade no aproveitamento escolar, pois a análise de correspondência teve um ângulo 40°. Ao mesmo tempo, a angulação entre os que possuíam SDAH puro foi de 20°, também havendo associação. Ao mesmo tempo, a angulação entre os que possuíam SDAH puro foi de 20° também havendo associação. Os adolescentes sem SDAH obtiveram angulação de 20°.

Gráfico 5: Análise de correspondência – Aproveitamento escolar



Quando analisado se esses adolescentes praticam esportes com exceção das aulas de Educação Física, os resultados encontrados foram os seguintes: 42 casos com SDAH confirmaram que praticavam esportes fora das aulas propostas de Educação Física. Destes, oito são casos puros e 32 são casos com PSM inclusos. Na tabela abaixo (7), constam estes dados:

Tabela 7: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e Prática esportiva, na amostra estudada.

Prática esportiva	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Não	55	1	14	70
Sim	132	8	34	174
Total	187	9	48	244

Podemos observar, no gráfico 6, que houve associação dos casos de SDAH puros, pois o ângulo envolvido é de 151° (sendo próximo do “Sim”). Nos casos de SDAH com PSM envolvidos obtivemos uma angulação de 48° , podendo ou não haver associação, que, não foi confirmada, pois este resultado fica no limite em uma localização intermediária entre o “Sim” e o “Não”. Já nos casos sem SDAH e prática esportiva, obtivemos um ângulo de associação de 80° , assinalando a existência dessa prática.

Para finalizar as variáveis envolvidas, temos o tempo utilizado para o lazer, não incluindo prática de esportes, TV e vídeo-game. Foi encontrado o seguinte resultado: 37 casos responderam que utilizam um tempo do dia para o lazer. Destes, sete são casos puros e 30 possuem PSM envolvidos, como pode ser observado na tabela 7.

Gráfico 6: Análise de correspondência – Prática esportiva.

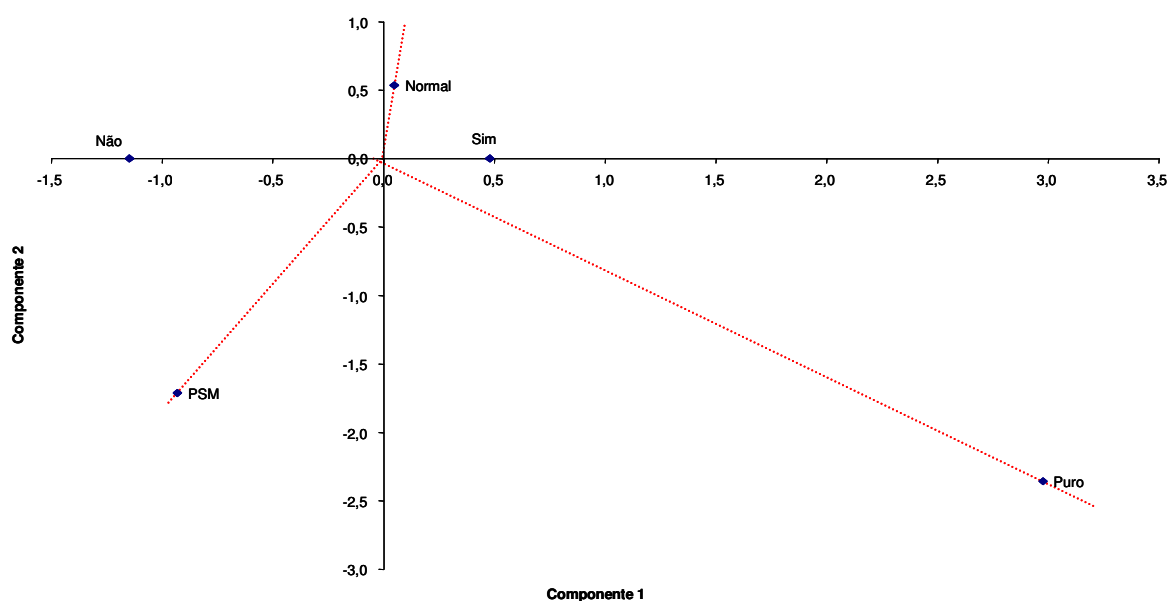


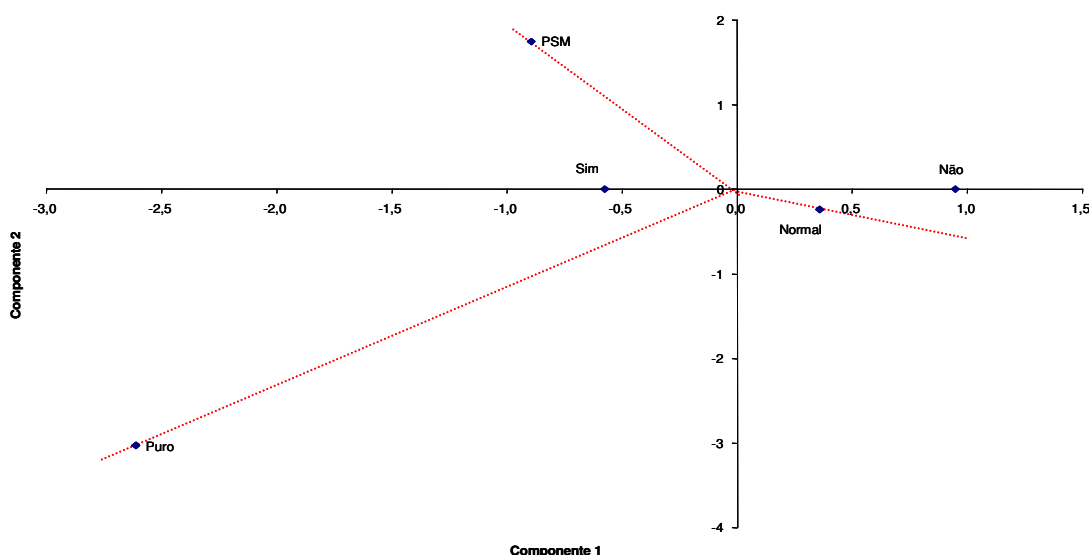
Tabela 8: Distribuição conjunta das variáveis SDAH e o lazer, na amostra estudada.

Lazer	SDAH			Total
	Normal	Puro	Com PSM	
Não	69	2	18	89
Sim	118	7	30	155
Total	187	9	48	244

Verificou-se uma associação entre SDAH puro e prática de atividades de lazer, pois, no gráfico de análise de correspondência, o ângulo relacionado é de aproximadamente 35°. Do mesmo modo, o ângulo referente à associação entre SDAH e PSM envolvidos é de 45°, sendo estimado que podem ou não utilizar o tempo de lazer, ocorrendo, como no caso anterior, uma localização intermediária entre o “Sim” e o “Não”. Nos casos de associação entre casos sem SDAH e lazer,

não houve associação e o ângulo encontrado foi de aproximadamente 30°, estando próximo do “Não”.

Gráfico 7: Análise de correspondência – Lazer



6.2 DISCUSSÃO

O presente estudo traz informações sobre o impacto dos SDAH entre adolescentes. Os indivíduos com sintomas muitas vezes desafiam profissionais que lidam com eles, pois estes têm a falsa impressão de se tratar de uma patologia apenas de crianças pré-escolares e escolares, ignorando que os sintomas podem perdurar após estas fases, causando um prejuízo significativo no funcionamento global do indivíduo (POLANCZYK *et al.*, 2002).

Estudos epidemiológicos, por terem como objetivo determinar a magnitude de problemas de saúde mental na infância e na adolescência, auxiliando no

planejamento de programas de prevenção e tratamento, ajudam como um todo na compreensão do tema aqui estudado, sua abrangência e o impacto na sociedade (MEDRONHO, 2005).

O primeiro objetivo deste estudo foi investigar a associação entre adolescentes com SDAH e dificuldade de relacionamentos. Realmente, a associação foi encontrada e os adolescentes com SDAH possuem dificuldades de relacionamento com seus pais, professores e colegas. Diversos autores discutem em seus estudos esse problema (HECHTMAN, 1999; FARRÉ-RIBA e NARBONA, 2001; KADESJO e GILBERG, 2001; ARAUJO e SILVA, 2003; ROHDE *et al.*, 2004; PASTURA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007).

Já no objetivo dois desta pesquisa (sobre possíveis associações entre adolescentes com SDAH e aproveitamento escolar, prática esportiva e de lazer), pudemos observar que, a respeito do aproveitamento escolar, foi encontrada associação, verificando-se que é insatisfatório para indivíduos com SDAH. Os autores que se referem ao tema apresentam o problema como sendo um dos sintomas mais comuns apontados pelos pais que procuram ajuda profissional para os seus filhos (SOUZA, *et al.*, 2001; POLANCZYK *et al.*, 2002; ARTIGAS-PALLARES, 2003; BALLONE, 2006; SZOBOT e ROMANO, 2007).

Por outro lado, não foram encontradas associações entre prática esportiva e de lazer com SDAH. Era esperada uma associação dos adolescentes com SDAH e a não prática de esportes, pois a literatura a respeito nos aponta uma série de dificuldades que estes indivíduos podem possuir em relação a coordenação motora global, incluindo prática de jogos esportivos e ritmos (FONTENELLE, 2001; POLANCZYK, *et al.*, 2002; PEREIRA, 2005; POETA e NETO, 2005; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006). Essas dificuldades poderiam de alguma forma desmotivá-los

para a prática de um esporte por precisarem executar exercícios que demandem habilidades motoras complexas e, em esportes coletivos, a necessidade da sociabilização. Porém, os dados apresentados contradisseram o que a literatura nos apresentou.

Quanto ao lazer, também surpreendeu a não associação desta prática entre adolescentes com SDAH de nossa amostra. Isso porque a literatura nos remete a dificuldades a estes jovens de sociabilização e de concentração em atividades de recreação e de lazer que demandam coordenação motora mais refinada ou movimentos combinados. (BALLONE, 2006; GICOMINI e GIACOMINI, 2006).

Na análise proposta para cumprir o terceiro objetivo desta pesquisa, (sobre a existência de diferenças nas associações investigadas entre os casos de SDAH puros e os casos de SDAH e PSM envolvidos), encontramos o seguinte resultado: a maioria das associações encontradas de SDAH foi mais relevante entre os casos com PSM, ou seja, adolescentes com SDAH e comorbidades (sintomas de ansiedade/depressão, problemas de conduta ou problemas de relacionamento com colegas). Este dado pode ser interpretado como quanto maior o número de sintomas de problemas de saúde mental, maior o prejuízo vivido pelos adolescentes. Pode ser, também, que somente os SDAH com PSM envolvidos causem realmente um grande prejuízo funcional no cotidiano desse indivíduo. Pesquisas apontam que 70% dos pacientes com TDAH que procuram ambulatórios especializados apresentam comorbidades associadas, sendo estes casos considerados mais complexos, com maior dificuldade no diagnóstico pelo profissional responsável pela intervenção e tendo mais critérios para se analisar na estratégia a ser adotada (ROHDE *et al.*, 2004).

Vale ressaltar que os casos de adolescentes com SDAH puros foram

extremamente raros na amostra de nosso estudo (N=9; 3,7% da amostra total). A literatura confirma que existe um grande número de casos de SDAH ou TDAH com PSM envolvidos. Pastura *et al.* (2007), em seus estudos, admitem taxas de até 58% dos casos, encontrados na sua pesquisa, de comorbidades envolvidas nos casos de TDAH, sendo as mais comuns o Transtorno opositivo-desafiador, Transtorno de Tiques, Depressão, Transtorno de ansiedade generalizada e Transtorno de conduta. Outros autores encontraram, em pesquisas realizadas com adolescentes que possuíam TDAH, uma taxa também relevante, com incidência de (30 a 50%) dos casos da amostra com um quadro clínico semelhante ao descrito, com: Transtorno de conduta, Transtorno opositor desafiante, ansiedade, depressão e transtorno de aprendizagem (ROHDE *et al.*, 2000). Em estudo sobre Transtorno opositor desafiante, houve uma grande associação dos casos analisados com TDAH incluso no diagnóstico, confirmando mais uma vez os relatos anteriores (SOUZA, *et al.*, 2001). Portanto, o fato de que entre os 57 adolescentes com SDAH desta amostra, apenas nove terem SDAH sem outros PSM limitou a análise dos resultados, podendo ter sido a razão pela não identificação das associações neste subgrupo. Um novo estudo epidemiológico focado em uma grande amostra de adolescentes com SDAH sem comorbidades poderiam contribuir para o esclarecimento deste dado.

A seguir, serão apresentadas as análises parciais demonstradas nos resultados através das tabelas, e as associações finais que foram apresentadas nos resultados através dos gráficos de associações:

6.2.a Resultados encontrados sobre dificuldade de relacionamento com pai, mãe, professores e amigos

Era esperado que esses jovens realmente possuíssem dificuldades de sociabilização com familiares, professores e amigos, porque diversos autores descrevem (em seus estudos sobre estes jovens com SDAH e PSM), o pobre funcionamento social, coleguismo precário e dificuldades com autoridade, tendo um ajustamento psicossocial inadequado aos padrões esperados pela sociedade (HECHTMAN, 1999; MANNUZZA & KLEIN, 2000; ROHDE *et al.*; 2004; MENDES e RIBEIRO, 2006; PASTURA *et al.*, 2007).

Ao analisarmos os resultados da pesquisa, verificamos importante associação entre SDAH e dificuldade de relacionamento com pai, mãe, professores e amigos, apenas nos casos de adolescentes com SDAH e, concomitantemente, outros PSM. É importante lembrar que em muitos estudos sobre TDAH ou SDAH são apontadas as dificuldades de relacionamento destes indivíduos com seus familiares, colegas e professores, só que não é relatada a presença ou ausência de outros PSM envolvidos (DSM-IV, 2000; MANNUZZA e KLEIN, 2000; ROHDE *et al.*, 2000; POETA e NETO, 2005; BALLONE, 2006; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006; MENDES e RIBEIRO, 2006; ABDALH, 2008). Assim, pode ser que os citados autores também tenham incluído indivíduos com comorbidades em suas amostras, sem dar destaque a este critério.

6.2.b Resultados encontrados sobre o mau aproveitamento escolar

Quando analisado o aproveitamento escolar, verificou-se que os adolescentes com SDAH possuem mau aproveitamento escolar, tanto os casos puros quanto os casos com PSM envolvidos.

Os resultados encontrados estão de acordo com pesquisas recentes que descrevem adolescentes com SDAH apresentando risco grande de possuir um desempenho escolar deficiente, repetências, expulsões e suspensões escolares (SOUZA, *et al.*, 2001; POLANCZYK *et al.*, 2002; ARTIGAS-PALLARES, 2003; BALLONE, 2006; SZOBOT e ROMANO, 2007).

Alguns autores sugerem que o desempenho escolar deficiente entre indivíduos com SDAH poderia estar ligado a suas dificuldades de coordenação global, a dificuldades relacionadas à orientação espaço-temporal e de motricidade fina (FARRÉ-RIBA e NARBONA, 2001; KADESJO e GILBERG, 2001; ARAUJO e SILVA, 2003; SOUZA *et al.*, 2007).

6.2.c Resultados encontrados sobre a prática esportiva

Ao verificarmos os resultados obtidos sobre a prática esportiva, pôde-se observar que nos casos sem SDAH foi encontrada uma grande parte da amostra (70,5%) praticando esportes. Os valores identificados em nossa amostra podem ser vistos como um bom sinal em relação ao sedentarismo na adolescência, pois a literatura aponta o sedentarismo como um problema freqüentemente encontrado na população dessa faixa etária. Isso costuma preocupar os profissionais que atuam

com estes jovens, como verificado em estudos recentes, revelando taxas entre 70 e 90% de sedentarismo nessa faixa etária (SILVA e MALINA, 2000; GUEDES *et al.*, 2001; ALVES *et al.*, 2005).

Ao analisarmos os casos com SDAH, verificou-se que a grande maioria dos adolescentes, casos puros e com PSM, também pratica algum esporte (74%). É interessante levantarmos algumas possibilidades para esta alta taxa de adesão a prática esportiva. É possível supor que um dos fatores que podem ter colaborado para esse grande número de adolescentes praticarem esportes foram intervenções motoras ocorridas desde a infância, ou, até mesmo, a atividade física ou esportes que lhes foram propostos desde cedo, e que agradaram como forma de lazer ou em forma de aulas, como o estudo apresentado por Silva, Rangel e Neto (2007), sobre a utilização do esporte em aulas de educação física. Almeida e Gutierrez (2008) apontam o esporte de lazer como sendo uma forma bastante comum de utilização do esporte com regras combinadas, mais flexíveis, e realizado em praças, parques ou outras áreas comuns.

Mesmo com altas taxas de prática esportiva entre adolescentes com SDAH puros, verificou-se associação entre ter SDAH e praticar menos esporte. Uma das explicações para esse resultado pode ser a dificuldade que estes indivíduos possuem em relação a habilidades motoras, em jogos esportivos, dificuldades em acompanhar ritmos, atividades de recreação e de lazer que demandem uma coordenação motora mais complexa, coordenação global, na orientação espaço-temporal e na motricidade fina (DSM-IV, 2000; FARRÉ & NARBONA, 2001; KADESJO e GILBERG, 2001; ARAUJO e SILVA, 2003; ARTIGAS-PALLARES, 2003; ROHDE *et al.*, 2004; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006; ABDALH, 2008).

Vale lembrar que, devido ao pequeno número de adolescentes (N=9) no

subgrupo com SDAH puro e no subgrupo com SDAH e PSM (onde não foi possível confirmar a associação), seria importante a realização de um novo estudo epidemiológico com maior amostra, para confirmar esses achados. Mesmo assim, retomamos aqui, estudos que assinalam a importância de a intervenção motora ocorrer cedo, na infância, para as crianças com SDAH que se tornarão adolescentes com SDAH não sofrerem com prejuízos que podem ser minimizados: intervenções motoras feitas desde cedo são eficazes e contribuem para o desenvolvimento cognitivo e motor desses indivíduos, indicando a psicomotricidade como um meio para melhorar o controle motor das crianças com SDAH (FONTENELLE, 2001; BICUDO, 2004).

Outros estudos constataram que as intervenções motoras em crianças com indicadores do TDAH influenciam positivamente na motricidade fina, no equilíbrio, no esquema corporal e na organização temporal, tendo sido constatadas mudanças no nível de desenvolvimento motor (POETA e NETO, 2005). As atividades físicas são importantes formas de tratamento de SDAH ou TDAH, pois são especialmente voltadas para o desenvolvimento do corpo e também atuam como estímulo ao desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança (GIACOMINI e GIACOMINI, 2006). Atualmente, a maioria dos profissionais da área da medicina e profissionais de educação física reconhecem a importância da prática de exercícios ou de atividade física para os indivíduos com SDAH ou TDAH. Segundo profissionais da área da saúde, essas práticas melhoram a produção de dopamina e de outros neurotransmissores como serotonina e endorfina, melhorando substancialmente os sintomas desagradáveis do transtorno. Além disso, professores relatam que essas práticas auxiliam no gasto energético, permitindo aos jovens aprenderem a lidar com as frustrações de ganhar e perder, sendo utilizado o jogo como instrumento para

controlar a impulsividade, a ansiedade, desenvolver a atenção e a coordenação motora (MENDES e RIBEIRO, 2006).

Do mesmo modo, a prática esportiva é de extrema importância na diminuição de prejuízos funcionais vivenciados por adolescentes com SDAH, pois contribui para melhora da qualidade de vida, ajuda a diminuir a agressividade, além de disciplinar os alunos através de regras sociais, que os ajudam no convívio social, cooperando, integrando e auxiliando no desenvolvimento motor e cognitivo desses adolescentes (SILVA, RANGEL e NETO, 2007).

6.2.d Resultados encontrados sobre o lazer

Quando analisamos se os adolescentes utilizam um tempo para o lazer (sem considerar TV e vídeo-game), foi encontrada uma boa parte da amostra utilizando tempo para o lazer, ou seja, 37 adolescentes (65% da amostra).

Nos casos de SDAH puros, foi encontrada uma associação entre SDAH puro e prática de atividades de lazer, mesmo com número baixo de casos (N= 7).

Já no subgrupo com SDAH e PSM, provavelmente devido ao pequeno tamanho amostral, não foi possível confirmar ou refutar esta associação.

Nesta associação era esperado que os adolescentes também possuíssem dificuldades com a prática do lazer, devido aos problemas anteriormente apresentados: dificuldade de sociabilização, inquietação interna, falta de concentração em atividades de recreação e de lazer que demandem uma coordenação motora mais refinada ou com movimentos combinados (BALLONE, 2006; GICOMINI e GIACOMINI, 2006; SZOBOT e ROMANO, 2007).

Possivelmente isso ocorreu porque o conceito de lazer, do jeito como foi investigado nessa pesquisa, é abrangente e as interpretações dessa questão foram, também, abrangentes. Como exemplo, a apresentação de lazer descrita pelo Marcellino (1999) de “tempo disponível”, livre das obrigações profissionais, religiosas, familiares e como atitude desinteressada e prazerosa. Seria interessante uma investigação com questões específicas sobre o lazer, as atividades propostas para ele e o tempo despendido nelas. E também a realização de um estudo epidemiológico, pois o pequeno número de participantes com SDAH desta pesquisa comprometeu um pouco a análise estatística dos dados.

6.2.e Limitações do estudo

Como limitações do estudo, gostaríamos de apontar que só foram investigadas as comorbidades estabelecidas pelo instrumento SDQ, ou seja, quatro PSM. Além disso, a primeira escala descreve conjuntamente problemas de ansiedade e de depressão e sabe-se que apesar de muitos adolescentes apresentarem ambos os sintomas, o quadro clínico é bem diferente e nem sempre são os mesmos casos (CID-10, 1993).

O SDQ não permite o estabelecimento do diagnóstico de TDAH, pois se trata de um instrumento de rastreamento, ou seja, apenas para apontar possíveis casos. Mesmo assim, os casos que possuem sintomatologia em nível subclínico fazem com que o jovem sofra prejuízos em suas atividades diárias, sendo portanto, adolescentes que merecem atenção especial dos profissionais e pais que lidam e convivem com eles (ANGOLD *et al*, 1999; CANINO, 2004; WINTERS *et al.*, 2005).

7. CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores associados aos SDAH. Um estudo com pretensões maiores deve contar com uma amostra maior, incluindo muitos casos puros, para ver se realmente o que causa impacto na vida dos indivíduos envolvidos são somente os SDAH ou a sua junção com os PSM.

Gostaríamos de salientar que jovens com SDAH precisam de auxílio multiprofissional e, se não atendidos desde cedo, sofrerão durante sua infância, adolescência e até a vida adulta, tendo prejuízos funcionais, mesmo nos casos sem diagnóstico estabelecido. Os prejuízos podem ser sociais, podendo ter dificuldades no desempenho escolar e profissional, e na realização de atividades esportivas e de lazer. Além disso, diversos estudos apontam para a importância e os benefícios que a intervenção motora e a prática esportiva feita desde cedo podem trazer para a vida dos jovens com SDAH, auxiliando em sua socialização e lazer (FONTENELLE, 2001; BICUDO, 2004; POETA e NETO, 2005; GIACOMINI e GIACOMINI, 2006).

Finalmente, consideramos de grande importância a continuidade de estudos que identifiquem e avaliem casos com SDAH, e a importância da prática esportiva desde a infância, do lazer e da sociabilização para os adolescentes com esses sintomas.

8. REFERÊNCIAS

- ABDAH - Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>>. Acesso em: 15 março 2008.
- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. “Critério de classificação Econômica Brasil” [on-line]; 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf> Acesso em: 3 set. 2006.
- AGRESTI, A.. *Categorical Data Analysis*. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, 2002.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.. “A nova dimensão esportiva: uma leitura do esporte e do lazer”. *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 12 (116), 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 03 março 2008.
- ALVES, J. G. B.; *et al.*. “Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta”. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, 11(5):291-294, 2005.
- ANGOLD, A.; *et al.*. “Impaired but undiagnosed”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(2):129-137,1999.
- ANTUNES, A. C.. “A concepção de jogo para adolescentes participantes de atividades motoras”. *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 11(97), 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 21 abril 2008.
- ARAUJO, M.; SILVA, S. A. P. S.. “Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores”. *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 9 (62), 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 03 março 2008.
- ARAUJO, V. C.; PEREIRA, E. F.. “Análise do estilo de vida de meninos de rua de João Pessoa – PB”. *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 11(103), 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 23 abril 2008.
- ARTIGAS-PALLARES, J.. “Comorbidad en el transtorno por deficit de atencion/ hiperatividade”. *Rev. Neurol*, 36(1):S68-S78, 2003.
- ASSUMPÇÃO, F. B.; *et al.*. “Escala de Avaliação de Qualidade de Vida”. *Arq Neuropsiquiatr*, 58(1):119-127, 2000.
- BALLONE, G. J.. “Distúrbio do Déficit de Atenção em Adultos” . *Revista Digital*. 2006. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>> Acesso em: 02 out. 2007.
- BARBANTI, V. J.. *Dicionário de Educação Física e do Esporte*. São Paulo: Manole, 1994.
- BARKLEY, R. A.. *Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

- BICUDO, I.. “Criança hiperativas: uma reflexão através da prática psicomotora Aucouturier”. *Sociedade Brasileira de Psicomotricidade*, 2004. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br>>. Acessado em: 18 março 2008.
- BIRD, H; *et al.*. “The Brief Impairment Scale (BIS): A Multidimensional Scale of Functional Impairment for Children and Adolescents”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(7):699-707, 2005.
- BOUCHARD, C.. *Exercise, Fitness and Health: a consensus of current knowledge*. Human Kinetics Books, 1990.
- CANINO, G.; *et al.*. “The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico”. *Arch Gen Psychiatry*, 61:85-93, 2004.
- CID-10 - Classificação e transtornos mentais e de comportamento da CID-10. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- COLETIVO DE AUTORES. *Metodologia do ensino de educação física*. São Paulo: Cortez, 1992.
- DIECKERT, J.. “Peculiaridade e autonomia do esporte de lazer”. In: LENK, M..*Esporte de lazer tarefa e chance para todos*. Rio de Janeiro, 1984.
- DSM-IV - *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- DUMAZEDIER, J.. *Valores e conteúdos culturais do lazer*. São Paulo: SESC, 1980.
- FARAONE, S. V.. “Genetics of childhood disorders: XX. ADHD, part 4: is ADHD genetically heterogeneous?”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(11):1455-1457, 2000.
- FARAONE, S. V.; *et al.*. “The Worldwide Prevalence of ADHD: Is It an American Condition?”. *World Psychiatry*, 2(2):104-113, 2003.
- FARRÉ-RIBA, A.; NARBONA, J.. “*EDAH: Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*”. Madrid: TEA, 2001.
- FLECK, M. P. A.; *et al.*. “Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL -100)”. *Rev Bras Psiquiatr*, 21(1):19-28, 1999.
- FLEITLICH-BYLIK, B. W.. “*The prevalence of psychiatric disorders in 7-14-year olds in the southeast of Brazil*” Dissertação de Doutorado, Universidade de Londres, Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência; Kings College, Londres, 2002.
- FONTANA, R. S.; *et al.*. “Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras”. *Arq de Neuropsiquiatr*, 65(1):134-137, 2007.

- FONTENELLE, L.. "Neurologia na adolescência". *Jornal de Pediatria*, 77(supl. 2):205-216, 2001.
- FREIRE, J. B. *Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física*. 4 ed. São Paulo: Scipione, 1994.
- GERGEN, K. J.. *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós, 1992.
- GIACOMINI, M. C. C.; GIACOMINI, O.. "Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e educação física". *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 11(99), 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 13 março 2008.
- GOODMAN, R.; STEVENSON, J.. "A twin study of hyperactivity-I. An examination of hyperactivity scores and categories derived from Rutter teacher and parent questionnaires". *J Child Psychol Psychiatry*, 30(5):671-89, 1989.
- GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V.. "The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3):125-130, 1998.
- GOODMAN, R.; *et al.* "Using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample". *Br J Psychiatry*, 177:534-539, 2000.
- GOODMAN, R.. "Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(11):1337-1345, 2001.
- GREENACRE, J. M.. *Theory and Application of Correspondence Analysis*. New York: Academic Press, 1984.
- GUEDES, D. P.; *et al.* "Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes". *Rev Bras Med Esporte*, 7(6):187-199, 2001.
- HECHTMAN, L.. "Predictors of long-term outcome in children with attention deficit/hyperactivity disorder". *Pediatr Clin North Am*, 46(5):1039-1052, 1999.
- KADESJO, B.; GILLBERG, C.. "The comorbidity of ADHD in the general population of swedish school-age children". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4):487-492, 2001.
- MANNUZA, S.; KLEIN, R. G.. "Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3):711-726, 2000.
- MARCELLINO, N. C.. *Lúdico, educação e educação física*. Ijuí: Unijuí, 1999.
- MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M.. "Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde". *Diagn tratamento*, 5(2):10-17, 2000.

- MATSUDO, V. K. R.. "Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia". *Diagn tratamento*, 10(2):109-110, 2005
- MATSUDO, V. K. R.; ARAUJO, T. L.; MATSUDO, S. M. M.. "Andar: passaporte para a saúde". *Diagn Tratamento*, 11(2):119-123, 2006.
- McARDLE, W.; KATCH F. I.; KATCH V. L.. *Fisiologia do Exercício: energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.
- MEDRONHO, R. A.; *et al.* *Epidemiologia*. Editora Atheneu, 2004.
- MENDES, C. S.; RIBEIRO, C. H. V.. "A educação Física e o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade(TDAH): um estudo para o profissional no espaço escolar". *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 11(100), 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 07 março 2008.
- MINAYO, M. C. S.. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO - São Paulo: HUCITEC, 1992.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M.. "Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário". *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1):7-18, 2000.
- NIEMAN, D. C.. *Exercício e saúde*. São Paulo: Manole, 1999.
- OEHLSCHLAEGER, M. H. K.; *et al.* "Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana". *Rev Saúde Pública*, 38(2):157-163, 2004
- PASTURA, G.; MATTOS, P.; ARAUJO, A. P. Q. C.. "Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares". *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, 65(4-A):1078-1083, 2007.
- PEREIRA, H.; ARAUJO, A. P. Q. C.; MATTOS, P.. "Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora". *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 5(4):391-402, 2005.
- PIRES, G. L.; MARTIELLO Jr, E.; GONSALVES, A.. "Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte". *RBCE*, 20(1):53-57, 1998.
- POETA, L. S.; NETO, F. R.. "Intervenção motora em uma criança com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH)". *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 10(89), 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em: 07 março 2008.
- POLANCZYK, G. V.; *et al.* "O Transtorno de Déficit de Atenção/ hiperatividade na adolescência". *Adolesc Latinoam*, 3(2):0-0, 2002.
- POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T.. *Fisiologia do Exercício: Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho*. 3 ed. São Paulo: Manole, 2000.

- ROHDE, L. A.; *et al.* "ADHD in a School Sample of Brazilian Adolescents: A Study of Prevalence, Comorbid Conditions, and Impairments". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(6):716-722, 1999.
- ROHDE, L A; *et. al.* "Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade". *Rev Bras Psiquiatr*, 22(supl II):7-11, 2000.
- ROHDE, L. A.; HALPERN, R.. "Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade: atualização". *J Pediatr*, Rio de Janeiro, 80(2.supl):S61-S70, 2004.
- ROHDE, L. A.; *et al.* "Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas" *Rev Psiquiatr Clín*, 31(3):124-131, 2004.
- ROHDE, L. A.; *et al.* *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artemed, 2006.
- SEADE - *Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2005)*. Disponível em: <<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=new>> Acessado em: 20 jan. 2008.
- SILVA, D. B.; RANGEL, I. C. A.; NETO, S. S.. "Esporte: considerações a respeito de sua utilização como meio educativo. A visão docente". *Revista Digital*. Buenos Aires, ano 11(105),2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> Acesso em:03 abril 2008.
- SILVA, R. C. R; MALINA, R. M.. "Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4):1091-1097, 2000.
- SOUZA, I.; *et al.* "Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares". *Arq Neuropsiquiatr*, 59(2-B):401-406, 2001.
- SOUZA, I. G. S.; *et al.* "Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças". *J Bras Psiquiatr*, 56(supl 1):14-18, 2007.
- SZOBOT, C. M.; ROMANO, M.. "Co-ocorrência entre transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e uso de substâncias psicoativas" *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro,56(supl 1):39-44, 2007.
- VASCONCELOS, M. M.; *et al.* "Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade". *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo 63(1):68-74, 2005.
- WEINECK, J.. *Biologia do Esporte*. São Paulo: Manole, 2000.
- WINNICK, J. P.. *Educação física e esportes adaptados*. 3 ed. Barueri, SP: Manole, 2004.
- WINTERS, N. C.; COLLET, B. R.; MYERS, K. M.. "Ten-year review of rating scales, VII:scales assessing functional impairment". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(4):309-38, 2005.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

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

Por favor, vire a página. Há mais perguntas no outro lado.

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/filha tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com as outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu “sim”, por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1 a 5 meses	6 a 12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/filha?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 ANEXO B

ESCALA DE DIFICULDADES ABREVIADA (EDA)

Versão em português da Brief Impairment Scale (BIS)

Vou fazer agora algumas perguntas gerais sobre como *** tem se desenvolvido. Por favor, responda pensando nos últimos 6 meses, desde (MÊS DE 6 MESES ATRÁS).

1. Nos últimos 6 meses, tem sido difícil para * se dar bem com o pai/ padrasto/ pai substituto?**

(LER ALTERNATIVAS):

- | | |
|--------------------------|---|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não há figura paterna) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |

2. Tem sido difícil para ela/ ele se dar bem com a mãe/ madrasta/ mãe substituta?

- | | |
|--------------------------|---|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não há figura materna) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |

3. Tem sido difícil para ela/ ele se dar bem com os irmãos e irmãs?

- | | |
|--------------------------|--|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não há irmãos ou irmãs) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |

4. Tem sido difícil para ela/ ele participar de atividades com outros parentes?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 9 = Não sabe |
| 2 = Bem difícil | |
| 3 = Extremamente difícil | |

5. Durante os últimos 6 meses, tem sido difícil para * se dar bem com os professores(as) na escola?**

SE NÃO ESTUDA MAS TRABALHA: Tem sido difícil para *** se dar bem com o chefe/patrão?

- | | |
|--------------------------|---|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não frequentou escola/não trabalhou nos últimos 6 meses) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |

6. Tem sido difícil para ela/ ele se dar bem com adultos que não são da família?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 9 = Não sabe |
| 2 = Bem difícil | |
| 3 = Extremamente difícil | |

7. Tem sido difícil para ela/ ele fazer novas amizades?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 9 = Não sabe |
| 2 = Bem difícil | |
| 3 = Extremamente difícil | |

8. Tem sido difícil para ela/ ele se dar bem com os amigos/amigas?

0 = Não tem sido difícil

7 = Recusa

1 = Um pouco difícil

9 = Não sabe

2 = Bem difícil

3 = Extremamente difícil

9. Nos últimos 6 meses, *** tem faltado muito à escola/ ao trabalho?

Você diria que ela/ ele (LER ALTERNATIVAS E ASSINALAR A MAIS FREQUENTE):

0 = Nunca falta à escola/ao trabalho

1 = Falta de vez em quando, uma vez por mês ou menos

2 = Falta muitas vezes, 2-4 vezes por mês

3 = Falta muito frequentemente, 5 vezes ou mais por mês

7 = Recusa

8 = Não se aplica (não frequentou escola/não trabalhou nos últimos 6 meses)

9 = Não sabe

(SE Q. 9. = 1, 2, OU 3 PERGUNTAR 9a.)

9a. Quando isso acontecia, de faltar muito à escola/ ao trabalho, era geralmente por doença?

0 = Não

7 = Recusa

2 = Sim

9 = Não sabe

10. Nos últimos 6 meses, como tem sido o aproveitamento dela/ dele na escola? (LER ALTERNATIVAS). (SE OUTRO SISTEMA DE AVALIAÇÃO FOR USADO, ASSINALAR O EQUIVALENTE MAIS PRÓXIMO):

0 = Excelente

(MAIORIA DAS NOTAS "A", E ALGUNS "B")

1 = Acima da média

(NOTA "B")

2 = Na média

(NOTA "C")

3 = Um pouco abaixo da média

(MAIORIA DAS NOTAS "C" E "D")

4 = Muito abaixo da média

(MAIORIA DAS NOTAS "D" E "E")

7 = Recusa

8 = Não se aplica (não frequentou escola nos últimos 6 meses)

9 = Não sabe

(SE Q. 10 = NÃO SE APLICA, PERGUNTAR 10a.)

10a. Ela/ ele abandonou a escola nos últimos 6 meses?

0 = Não

7 = Recusa

2 = Sim

9 = Não sabe

11. Ela/ ele foi suspensa(o) da escola nos últimos 6 meses?

0 = Não

7 = Recusa

2 = Sim

8 = Não se aplica (não frequentou escola nos últimos 6 meses)

9 = Não sabe

12. Ela/ ele foi expulsa(o) da escola ou mandado embora do trabalho nos últimos 6 meses?

0 = Não

7 = Recusa

2 = Sim

8 = Não se aplica (não frequentou escola/não trabalhou nos últimos 6 meses)

9 = Não sabe

13. Em geral, tem sido difícil para *** terminar as lições/ trabalho no prazo? (EXCLUIR TAREFAS DOMÉSTICAS). Por favor, olhe para o CARTÃO novamente (LER ALTERNATIVAS):
- | | |
|--------------------------|---|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não frequentou escola/não trabalhou nos últimos 6 meses) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |
14. Nos últimos 6 meses, tem sido difícil para *** fazer seus serviços de casa?
- | | |
|--------------------------|--------------|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 9 = Não sabe |
| 2 = Bem difícil | |
| 3 = Extremamente difícil | |
15. Tem sido difícil para ela/ ele cumprir suas responsabilidades na escola/ trabalho? (EXCLUIR TAREFAS DOMÉSTICAS). (LER ALTERNATIVAS):
- | | |
|--------------------------|---|
| 0 = Não tem sido difícil | 7 = Recusa |
| 1 = Um pouco difícil | 8 = Não se aplica (não frequentou escola/não trabalhou nos últimos 6 meses) |
| 2 = Bem difícil | 9 = Não sabe |
| 3 = Extremamente difícil | |
16. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você foi chamada(o) na escola de *** para conversar sobre algum problema que ela/ ele tenha tido? (LER ALTERNATIVAS):
- | | |
|---------------------|---|
| 0 = Nunca | 7 = Recusa |
| 1 = Uma vez | 8 = Não se aplica (não frequentou escola nos últimos 6 meses) |
| 2 = Mais de uma vez | 9 = Não sabe |
17. O quanto *** participa de atividades esportivas? (INCLUI ESPORTES NA ESCOLA; EXCETO EDUCAÇÃO FÍSICA). (LER ALTERNATIVAS):
- | | |
|---|--|
| 0 = Frequentemente ou é membro de um time | |
| 1 = Tem alguma participação, mas não é sempre | |
| 2 = Muito raramente | |
| 3 = Não participa | |
| 7 = Recusa | |
| 8 = Não se aplica (não tem oportunidade de participar de atividades esportivas) | |
| 9 = Não sabe | |
18. Durante os últimos 6 meses, o quanto ela/ ele tem participado de outras atividades que não sejam esportivas (CONSIDERAR LAZER e EXCLUIR TV E VÍDEO GAME)? (LER ALTERNATIVAS):
- | | |
|---|--------------|
| 0 = Frequentemente está envolvido em outras atividades | 7 = Recusa |
| 1 = Às vezes está envolvido | 9 = Não sabe |
| 2 = Raramente envolve-se ou abandona as atividades facilmente | |
| 3 = Nunca participa de outras atividades | |
- Descreva as atividades: _____
19. Você diria que *** é uma pessoa interessada em muitas coisas?
Continue pensando nos últimos 6 meses. Você diria que ela/ ele: (LER ALTERNATIVAS)
- | | |
|--|--------------|
| 0 = Tem muitos interesses e eles são variados | 7 = Recusa |
| 1 = Tem alguns interesses | 9 = Não sabe |
| 2 = Poucas coisas lhe interessam | |
| 3 = Tem poucos interesses, geralmente está entediado (não se interessa por coisa alguma) | |

20. Em comparação com outras crianças da mesma idade, como é a aparência de *** na maior parte do tempo? Lembre-se de que estamos falando de como tem sido sua aparência nos últimos 6 meses.

Você diria que a aparência dela/ dele é: (LER ALTERNATIVAS)

- 0 = Como a da maioria das crianças de sua idade
- 1 = Um pouco mais desleixada, relaxada que a maioria das crianças de sua idade
- 2 = Bem mais desleixada, relaxada que a maioria ou sua aparência é estranha
- 3 = Extremamente desleixada, relaxada ou sua aparência é muito esquisita
- 7 = Recusa
- 9 = Não sabe

21. Em comparação com outras crianças de sua idade, como *** cuida da própria saúde?

Ela/ ele: (LER ALTERNATIVAS)

- 0 = Se cuida bem
- 1 = É um pouco descuidado(a) com a saúde
- 2 = É bem descuidado(a) com a saúde
- 3 = É extremamente descuidado(a) com a saúde
- 7 = Recusa
- 9 = Não sabe

22. Ela/ ele tem cuidado com a própria segurança? (LER ALTERNATIVAS)

- 0 = Sim, é muito cuidadosa(o) e atenta(o) com a própria segurança
- 1 = É um pouco descuidada(o) com a própria segurança
- 2 = É bem descuidada(o)
- 3 = É extremamente descuidada(o)
- 7 = Recusa
- 9 = Não sabe

23. Tem sido difícil para *** divertir-se, ter alegria de viver? Mais uma vez, pense em como tem sido nos últimos 6 meses. Você diria que: (LER ALTERNATIVAS)

- 0 = Não tem sido difícil
- 1 = Um pouco difícil
- 2 = Bem difícil
- 3 = Extremamente difícil
- 7 = Recusa
- 9 = Não sabe

Obrigada por sua participação

9.3 ANEXO C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (ABEP)

Preencher com o que a pessoa possui em casa (funcionando no momento)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0				
Rádio	0				
Banheiro	0				
Automóvel	0				
Empregada mensalista	0				
Aspirador de pó	0				
Máquina de lavar	0				
Videocassete	0				
Geladeira	0				
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0				
TOTAL					

Chefe da família: _____

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior Completo	5