

FACERES  
FACULDADE DE CERES  
CURSO FARMÁCIA

ELEOZPEDES LUIZ DE FREITAS NETO  
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA MENDES  
THIAGO PARREIRA ALENCAR

**PREVALÊNCIA DE TDAH EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR EM  
CERES-GO**

CERES-GO  
2012

ELEOZIPEDES LUIZ DE FREITAS NETO  
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA MENDES  
THIAGO PARREIRA ALENCAR

**PREVALÊNCIA DE TDAH EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR EM  
CERES-GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial à conclusão do Curso de  
Farmácia da Faculdade de Ceres.  
Orientador: Prof. Msc. Menandes Alves de  
Souza Neto

CERES-GO  
2012

ELEOZIPEDES LUIZ DE FREITAS NETO  
PAULO HENRIQUE OLIVEIRA MENDES  
THIAGO PARREIRA ALENCAR

**PREVALÊNCIA DE TDAH EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR EM  
CERES-GO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Farmácia da Faculdade de Ceres. Este Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

Prof<sup>o</sup>. Msc. Menandes Alves de Souza Neto  
Orientador

---

Ana Cristina Gomes M. de Faria

---

Adriane Ferreira de Brito

## **DEDICATÓRIAS**

Dedicamos este trabalho a Deus e a nossos pais que sempre nos apoiaram e nos deram a força necessária para que pudéssemos realizar mais este sonho.

E as pessoas que sempre nos incentivaram a não desistir em meio às dificuldades que encontramos durante esse período de Faculdade.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao nosso orientador e também coordenador do Curso de Farmácia Menandes Alves de Souza Neto, por usar de sua paciência e contribuir com seus conhecimentos no desenvolvimento deste trabalho.

Também aos demais professores e funcionários da instituição que no decorrer do curso participaram direta ou indiretamente acrescentando em nosso aprendizado e crescimento como profissionais.

"Uma coletânea de pensamentos  
é uma farmácia moral onde podemos  
encontrar a cura dos mais diversos males."

[Voltaire](#)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual dos entrevistados em relação ao gênero.....	23
Figura 2 - Percentual dos entrevistados em relação à faixa etária.....	23
Figura 3 - Percentual de crianças que se despertam durante a noite.....	24
Figura 4 - Percentual de crianças que têm medo diante de novas situações.....	24
Figura 5 - Percentual de crianças que têm medo de gente.....	25
Figura 6 - Percentual de crianças que têm medo de estar sozinho.....	25
Figura 7 - Percentual de crianças que se preocupam com doenças e mortes.....	26
Figura 8 - Percentual de crianças que se mostram tensas e rígidas.....	26
Figura 9 - Percentual de crianças que apresentam sacudidas ou espasmos musculares.....	27
Figura 10 - Percentual de crianças que apresentam tremores.....	27
Figura 11 - Percentual de crianças que sentem dores de cabeça.....	28
Figura 12 - Percentual de crianças que sentem dores no estômago.....	28
Figura 13 - Percentual de crianças que têm vômitos.....	29
Figura 14 - Percentual de crianças que se queixam de enfermidades e dores.....	29
Figura 15 - Percentual de crianças que se deixam levar por outras crianças.....	30
Figura 16 - Percentual de crianças que desafiam e intimidam os demais.....	30
Figura 17 - Percentual de crianças que são descaradas com adultos.....	31
Figura 18 - Percentual de crianças que são tímidas diante de amigos.....	31
Figura 19 - Percentual de crianças que temem não agradar a seus amigos.....	32
Figura 20 - Percentual de crianças que são valentes (arrogantes) e desrespeitam os seus superiores (insolentes).....	32
Figura 21 - Percentual de crianças que têm amigos.....	33
Figura 22 - Percentual de crianças que são maliciosas com seus irmãos.....	33
Figura 23 - Percentual de crianças que brigam constantemente.....	34
Figura 24 - Percentual de crianças que criticam muito outras crianças.....	34

Figura 25 - Percentual de crianças que aprendem na escola.....	35
Figura 26 - Percentual de crianças que gostam de ir à escola.....	35
Figura 27 - Percentual de crianças que têm medo de ir à escola.....	36
Figura 28 - Percentual de crianças que desobedecem as normas da escola.....	36
Figura 29 - Percentual de crianças que mentem, culpando os demais dos seus erros.....	37
Figura 30 - Percentual de crianças que realizam roubos a seus pais.....	37
Figura 31 - Percentual de crianças que realizam roubos na escola.....	38
Figura 32 - Percentual de crianças que roubam em lojas, em barracas e em outros lugares.....	38
Figura 33 - Percentual de crianças que têm problemas com polícia.....	39
Figura 34 - Percentual de crianças que pretendem fazer tudo bem feito (perfeito)...	39
Figura 35 - Percentual de crianças que necessitam fazer sempre as coisas da mesma maneira.....	40
Figura 36 - Percentual de crianças que têm objetivos muito altos (sonham alto).....	40
Figura 37 - Percentual de crianças que se distraem facilmente.....	41
Figura 38 - Percentual de crianças que se mostram nervosas e inquietas.....	41
Figura 39 - Percentual de crianças que não podem ficar quietas.....	42
Figura 40 - Percentual de crianças que sobem em todas as partes.....	42
Figura 41 - Percentual de crianças que despertam muito cedo.....	43
Figura 42 - Percentual de crianças que não ficam quietas durante as refeições.....	43
Figura 43 - Percentual de crianças que começam a fazer alguma coisa, repetidamente, é impossível parar.....	44
Figura 44 - Percentual de crianças que seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor.....	44
Figura 45 - Percentual de crianças que apresentam sintomas sugestivos de TDAH.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação gênero x sintomas sugestivos.....	45
Tabela 2 - Comparação idade x sintomas sugestivos de TDAH.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS

TDAH	Transtorno de Déficit de Atención/Hiperatividade
DSM - IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
FDA	Food and Drug Administration
SNAP-IV	Swanson, Nolan, and Pelham, version IV
EDAH	Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
SRQ	Self-Report Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**RESUMO:** O transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental caracterizado por desatenção, impulsividade e hiperatividade, que afeta tanto a conduta emocional e a adaptação social da criança quanto seu rendimento escolar. Participaram da pesquisa 350 crianças do município de Ceres-GO, onde foram utilizando informações específicas por meio da coleta de dados através do questionário de Conners para pais. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo software EPI INFO 3.5.2. Este estudo demonstrou que 7,74% das crianças entrevistadas apresentaram sintomas sugestivos de TDAH, enquanto o 92,26% não apresentaram sintomas. Quanto ao gênero e sintomas foi evidenciado que 7,0% das crianças entrevistadas do gênero feminino apresentaram sintomas sugestivos de TDAH e 93% não apresentaram sintomas do distúrbio. Das crianças do gênero masculino 8,4% demonstraram sintomas sugestivos do transtorno e 91,6% não demonstraram sintomas. Em relação à idade das crianças entrevistadas, 11,1% das crianças com 4 anos apresentaram sintomas sugestivos; das crianças com 5 anos de idade 5,6% apresentaram sintomas; das crianças com 6 anos, 11,3% apresentaram sintomas de TDAH; das de 7 anos, 6,5% apresentaram sintomas sugestivos; das crianças com 8 anos de idade, 9,1% apresentaram sintomas; das crianças com 9 anos de idade, 6,0% apresentaram sintomas; em crianças com 10 anos, 8,3% apresentam sintomas sugestivos de TDAH. Observou-se a necessidade de confirmação de diagnóstico das crianças sintomáticas através de outros critérios diagnósticos. Outro fator importante é a necessidade de orientação aos pais para melhorar a adesão ao tratamento evitando assim com que estes sintomas se estendam a fase adulta prejudicando sua qualidade de vida no futuro.

**Palavras-chaves:** TDAH, Diagnostico de TDAH e prevalência.

**ABSTRACT:** The disorder, attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) is a mental disorder characterized by inattention, impulsivity and hyperactivity, which

affects both emotional behavior and social adaptation of children and their school performance. The participants were 350 children in the city of Ceres-GO, where they were using specific information by collecting data through the Conners' questionnaire for parents. The data were statistically analyzed by EPI INFO 3.5.2. This study showed that 7.74% of the children interviewed had symptoms suggestive of ADHD, while 92.26% had no symptoms. As to gender and symptoms, showed that 7.0% of the children interviewed female presented with symptoms suggestive of ADHD and 93% had symptoms of the disorder. Male children of 8.4% showed symptoms suggestive of the disorder and 91.6% showed no symptoms. Regarding the age of the children interviewed, 11.1% of children aged 4 years presented with symptoms suggestive; of children 5 years of age 5.6% had symptoms; of children aged 6 years, 11.3% had symptoms of ADHD; of 7 years, 6.5% had symptoms suggestive; of children 8 years old, 9.1% had symptoms, with children 9 years old, 6.0% had symptoms, in children aged 10, 8 , 3% had symptoms suggestive of ADHD. There is a need for confirming the diagnosis of children with symptomatic other diagnostic criteria. Another important factor is the need for guidance to parents to improve adherence to treatment thus avoiding that these symptoms extend into adulthood impaired quality of life in the future.

**Key-Words:** ADHD, Diagnosis of ADHD e prevalency.

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	14
1.1.	Patologia .....	14
1.2.	Tratamento .....	16
1.3.	Diagnóstico .....	17
2	JUSTIFICATIVA .....	19
3	OBJETIVO .....	20
3.1.	Geral .....	20
3.2.	Específicos .....	20
4	METODOLOGIA .....	21
4.1	Tipo de Estudo.....	21
4.2	Instrumentos da pesquisa .....	21
4.3	Local de Realização da Pesquisa.....	21
4.4	Sujeitos da Pesquisa.....	22
4.5	Coleta de Dados .....	22
4.6	Análise Estatística.....	22
5	RESULTADO .....	23
6	DISCUSSÃO.....	47
7	CONCLUSÃO .....	53
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54
	APÊNDICES.....	59
	ANEXOS.....	61

# 1 - INTRODUÇÃO

## 1.1 Patologia

Até a década de 1960, prevaleceu a idéia de que Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) seria acompanhada de uma progressiva ênfase nas manifestações comportamentais. Por esse motivo o transtorno é incluído na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-II) com a nomenclatura de Reação Hiperkinética da Infância (American Psychiatric Association, 1968 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2009).

Durante a década de 70, os estudos mostraram que o sintoma da hiperatividade se destacou sobre os sintomas restantes, porém ao final dessa mesma década, a investigação passou a valorizar o sintoma de desatenção, reconhecendo que as crianças podiam ter déficit de atenção sem hiperatividade. Com essa mudança houve uma redefinição e classificação do transtorno, passando a ter dois tipos: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Déficit de Atenção sem Hiperatividade (American Psychiatric Association, 1980 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2009).

Em meados de 1980, diversos estudos atribuíam à hiperatividade um papel fundamental e, por essa razão, na terceira edição revisada do DSM (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987) o transtorno é redefinido como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e é eliminada a classificação em dois tipos. Essa alteração representou um recuo para uma classificação unidimensional, resultando assim no aumento de falsos positivos (MANGA; FOURNIER; NAVARREDONDA, 1999 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2009).

Durante o desenvolvimento dessa investigação, sugeriu uma correlação menos importante com relação aos fatores de atenção e de hiperatividade, entretanto muito significativa entre a impulsividade e atenção, por um lado, e a impulsividade e hiperatividade, por outro (HINSHAW, 1994 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2009). Em consonância, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 *apud* OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2009) reintroduz a

classificação multidimensional, agrupando, em tipos, os sintomas em que predomina a desatenção (tipo predominantemente desatento), a hiperatividade e a impulsividade (tipo predominantemente hiperativo-impulsivo) e considerando, ainda, um tipo combinado.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um distúrbio muito comum em crianças. Segundo Andesman (2001 *apud* SIQUEIRA; LOVISI 2004), o TDAH é um transtorno mental caracterizado por desatenção, impulsividade e hiperatividade, que afeta tanto a conduta emocional e a adaptação social da criança quanto seu rendimento escolar.

O aparecimento deste problema compreende três níveis principais de sintomas — desatenção, impulsividade e hiperatividade — que podem ocorrer em diversos ambientes e causam comprometimento funcional. Sabe-se também que o TDAH tem início na infância e pode persistir na adolescência e até na idade adulta. Segundo a quarta edição do DSM-IV, o TDAH compreende três subtipos: hiperativo-impulsivo predominante, desatento predominante e misto. (VASCONCELOS *et al.*, 2003).

De acordo com Faraone (2003 *apud* ROHDE *et al.*, 2004) o TDAH é uma das principais causas de procura de ambulatórios de saúde mental de crianças e adolescentes. Em amostras não referidas, estima-se que 3% a 6% das crianças com idade escolar apresentem este transtorno.

Este transtorno é decorrente de uma alteração no funcionamento dos neurotransmissores localizados na região frontal do cérebro, por onde passam informações para várias partes do mesmo. Teste com metilfenidato (RITALINA®) mostra que a droga aumenta a quantidade dessas substâncias no cérebro reduzindo os sintomas do TDAH. (BENCZIK, 2000).

Segundo Benczik (2000), a patologia é caracterizada pela dificuldade de fixar a atenção, pela agitação e inquietude, o que pode configurar em hiperatividade na maioria das vezes e impulsividade. Esses sintomas seguem um padrão e são mais frequentes e severos do que outras manifestações similares desenvolvidas por crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento mental. As crianças que possuem este transtorno são consideradas bagunceiras, aborrecidas,

desorganizadas, desligadas, agitadas, barulhentas e entre outras. Além destas características crianças com TDAH podem apresentar sintomas como dificuldade de organização, baixa tolerância à frustração, presença de sonhos diurnos e troca contínua de atividades. (GRAEFF; VAZ, 2008).

Com base nos estudos nacionais e internacionais a prevalência relatada utilizando o critério de diagnóstico DSM-IV, é de 3% a 7% em crianças com idade escolar (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007). No entanto foi observado que essa prevalência varia consideravelmente de acordo com os critérios utilizados para o diagnóstico. Além disso há também a necessidade da padronização destes critérios para o levantamento de uma prevalência nacional confiável.

## **1.2 Tratamento**

O tratamento do TDAH é primordialmente medicamentoso e pode ser realizado com diferentes classes de medicamentos. Na primeira classe encontramos os psicoestimulantes (metilfenidato e derivados de anfetamínicos), e nas demais classes são os antidepressivos tricíclicos e a atomoxetina, sendo esta última o único medicamento não estimulante aprovado pelo FDA. Segundo Wilens e Cols (2000 *apud* SENGENREICH; MATTOS 2004) os medicamentos psicoestimulantes são considerados os mais eficazes e seguros, entretanto causam em uma pequena parte dos pacientes efeitos adversos, tais como insônia, ansiedade e anorexia.

A bupropiona é classificada como um antidepressivo atípico, que pertence à classe das amínoacetonas. Foi descoberta no final da década de 70 e seus primeiros estudos de eficácia foram desenvolvidos no início da década posterior. Ela é utilizada para tratamento de depressão maior, depressão bipolar e tabagismo. Estudos iniciais sobre o mecanismo de ação da bupropiona indicam um fraco bloqueio na recaptção de dopamina e noradrenalina, ela também não possui ação inibitória sobre a enzima monoaminoxidase. (SENGENREICH; MATTOS 2004).

O metilfenidato, conhecido no Brasil como ritalina, é considerado o estimulante de maior consumo. Sua vinculação ao diagnóstico de TDAH tem sido fator predominante de justificativa para tal crescimento (ORTEGA *et al.*, 2010).

Seu mecanismo de ação de acordo com Bennett (1999 *apud* PASTURA; MATTOS 2004) se baseia em estímulo de receptores alfa e beta-adrenérgicos diretamente, ou a liberação de dopamina e noradrenalina dos terminais sinápticos, indiretamente. A droga começa sua ação por volta de 30 minutos, com pico de uma a duas horas, e meia-vida de duas a três horas.

### **1.3 Diagnóstico**

Crianças com TDAH quando estão na idade pré-escolar podem não se diferenciar dos demais colegas, uma vez que nesta faixa etária são comuns comportamentos tais como baixo nível de atenção, concentração, agitação motora e impulsividade. No entanto, no início do ensino fundamental, a criança com TDAH começa a ser observada como diferente das outras e os problemas começam a aparecer com maior intensidade. (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2007).

É importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida social destas crianças (com os pais e/ou com colegas e amigos), de sistemas educacionais inadequados, ou mesmo estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Portanto, para o diagnóstico do TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança. Algumas pistas que indicam a presença do transtorno são: duração dos sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas, ou, pelo menos, um período de vários meses de sintomatologia intensa. (ROHDE *et al.*, 2000).

Os sintomas mais comuns são: mudanças frequentes de assunto, falta de atenção no discurso alheio, distração durante conversas, desatenção ou não cumprimento de regras em atividades lúdicas, alternância constante de tarefas, além

de relutância no engajamento de tarefas complexas que exijam organização. (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

A duração e a frequência dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade são de importância clínica relevante no diagnóstico do TDAH. Crianças com este transtorno normalmente apresentam um histórico sintomatológico desde a idade pré-escolar, podendo esta, ser observada em pelo menos um período de vários meses. A presença destes sintomas por um curto período (dois a três meses) que surgem após um desencadeante psicossocial ou emocional (exemplo, separação dos pais) pode alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam mais sintomas do que parte de um quadro de TDAH. (ROHDE *et al.*, 2004).

## 2 - JUSTIFICATIVA

O TDAH é uma patologia pouco conhecida e pouco discutida, entretanto é de grande importância que seja diagnosticada o mais precoce possível, pois na maioria dos casos ela se manifesta em crianças e em pré-adolescentes e quando não diagnosticada e tratada se manifesta em adultos.

Este transtorno pode ser tratado desde a infância, mas para que se descubra esta patologia, é preciso que se diagnostique o paciente o quanto antes. Muitas das vezes o indivíduo possui TDAH, porém nem ele ou os familiares desconfiam, o tempo passa o indivíduo cresce se torna um adulto hiperativo, nervoso e ansioso. Como o TDAH é um problema crônico, pode ter um impacto significativo ao longo da vida, atingindo o desempenho acadêmico e as relações sociais e familiares. Existem vários questionários que ajudam a diagnosticar o paciente com TDAH. O questionário de Conners por ser mais simplificado e de fácil compreensão é o aconselhável para que os pais realizem com os filhos.

O diagnóstico precoce do TDAH e o manejo adequado dessa condição podem redirecionar o desenvolvimento educacional e psicossocial da maioria dessas crianças.

O presente estudo propôs estimar a prevalência do TDAH em crianças escolares na cidade de Ceres-Go, através da aplicação do questionário de Conners para os pais, para levantar essa problemática a nível municipal.

### **3 - OBJETIVO**

#### 3.1. Geral

- ✓ Observar a prevalência de TDAH em crianças em idade escolar na cidade de Ceres – Goiás.

#### 3.2. Específicos

- ✓ Levantar a prevalência de sintomas sugestivos de TDAH;
- ✓ Levantar quanto ao gênero das crianças que apresentaram sintomas sugestivos de TDAH, comparando com outros estudos;
- ✓ Levantar a faixa etária das crianças que apresentaram sintomas sugestivos de TDAH, comparando com outros trabalhos.

## **4 - METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal e caráter exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, que foi realizado na cidade de Ceres – Goiás no período dos meses de março e abril de 2012.

### **4.2. Instrumentos da Pesquisa**

A pesquisa foi elaborada e teve como fundamento metodológico um referencial bibliográfico pré-estabelecido. Foi feita leituras diversificadas, para realização de fichamentos, sínteses e paráfrases. O material bibliográfico foi acessado por meio de pesquisa não sistemática nas bases de dados Medline, Bireme, Lilacs, Scielo e livros que tratassem do tema; revistas indexadas, outros periódicos, documentos institucionais nacionais e internacionais; e dissertação de mestrado relacionada à temática afim. Foi utilizado critério de exclusão para os textos no que se refere à literatura para o público em geral. Para a pesquisa foram utilizadas as palavras chaves: TDAH, Diagnóstico de TDAH, prevalência.

Somado a isso, buscou-se informações específicas com coleta de dados através do questionário de Connors aplicada em crianças com idade escolar na cidade de Ceres - Goiás.

### **4.3. Local de Realização da Pesquisa**

O estudo foi realizado em área urbana do Centro Oeste, no município de Ceres com uma população de 20.722 habitantes, localizada a 187 km da capital, situada no Vale do São Patrício no Estado de Goiás (IBGE, 2010).

#### 4.4. Sujeitos da Pesquisa

O grupo de amostragem foi composto por pais de crianças em idade escolar na cidade de Ceres-Go, escolhidos aleatoriamente, no período de março e abril de 2012.

#### 4.5. Coleta de Dados

Foram aplicados questionários a todas as pessoas que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os questionários que continham rasuras, inconformidades.

#### 4.6. Análise Estatística

O cálculo do tamanho amostral foi realizado conforme a formula abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Fonte: (SANTOS; 2011).

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

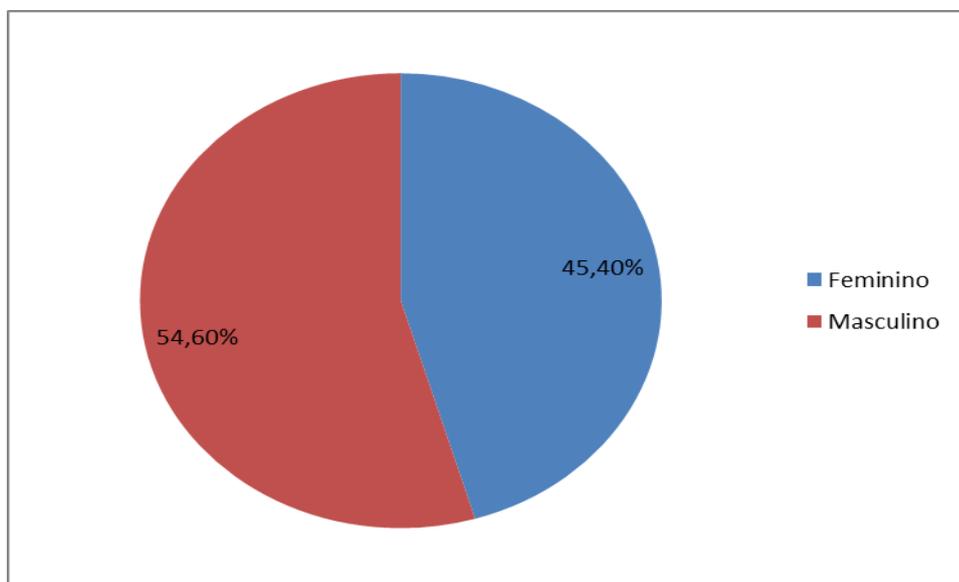
Considerando como população o somatório das pessoas da cidade que participaram da pesquisa. Foi estabelecido como intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro amostral de 5%, chegando ao valor amostral de 350

indivíduos. Utilizando ponto de corte de 58 pontos para o diagnóstico positivo para o distúrbio.

Para análise dos resultados utilizou-se o programa Epi Info 3.5.2, e para a construção de Figuras e Tabelas utilizou-se o programa Microsoft Office Excell® 2007.

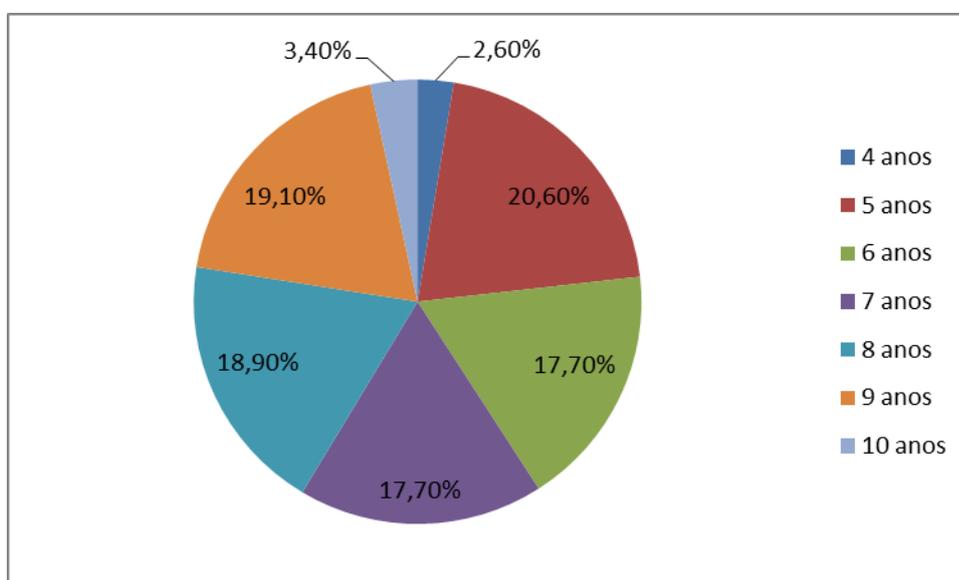
## 5 - RESULTADOS

**Figura 1 - Percentual dos entrevistados em relação ao gênero:**



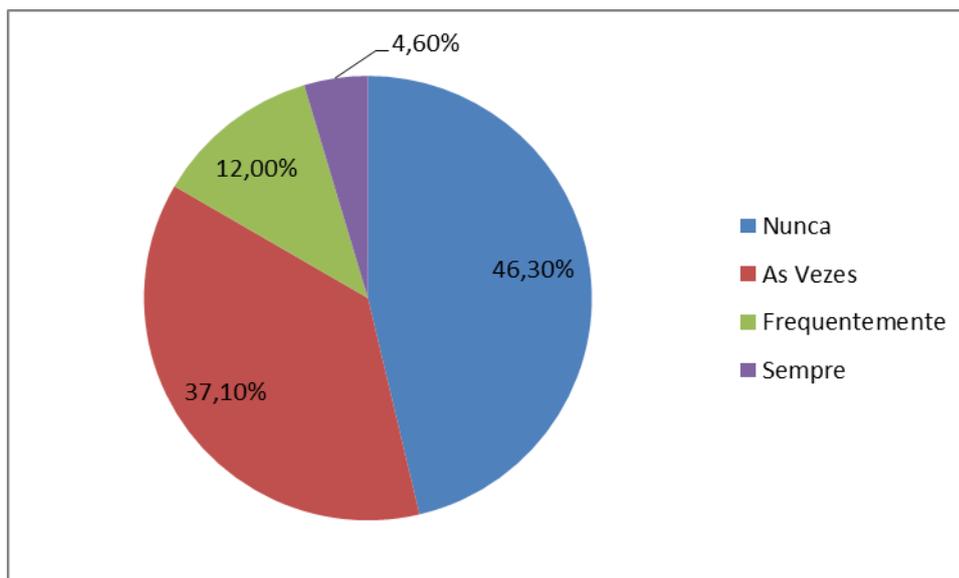
De acordo com a Figura 1, observou-se que 54,60% das crianças entrevistadas eram do gênero masculino, e 45,40% eram do gênero feminino.

**Figura 2 - Percentual dos entrevistados em relação à faixa etária:**



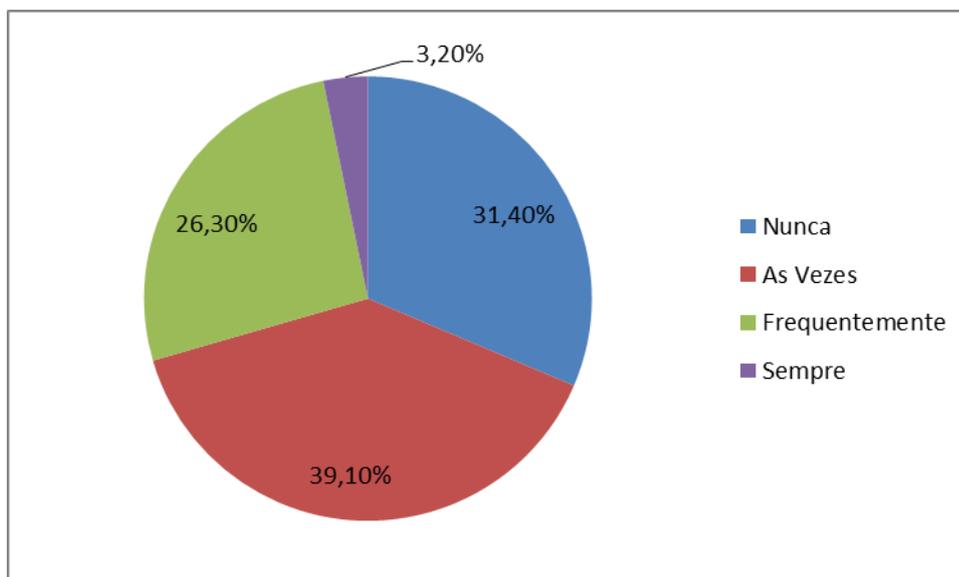
De acordo com a Figura 2, foram entrevistadas crianças com faixa etária de 4 a 10 anos de idade, sendo que as de 4 anos atingiram 2,60% dos entrevistados; as de 5 anos 20,60%; as de 6 anos 17,70%; as de 7 anos também com 17,70%; as de 8 anos atingiram 18,90%; as de 9 anos com 19,10%; e as de 10 anos alcançaram 3,40% do total.

**Figura 3 – Percentual de crianças que se despertam durante a noite:**



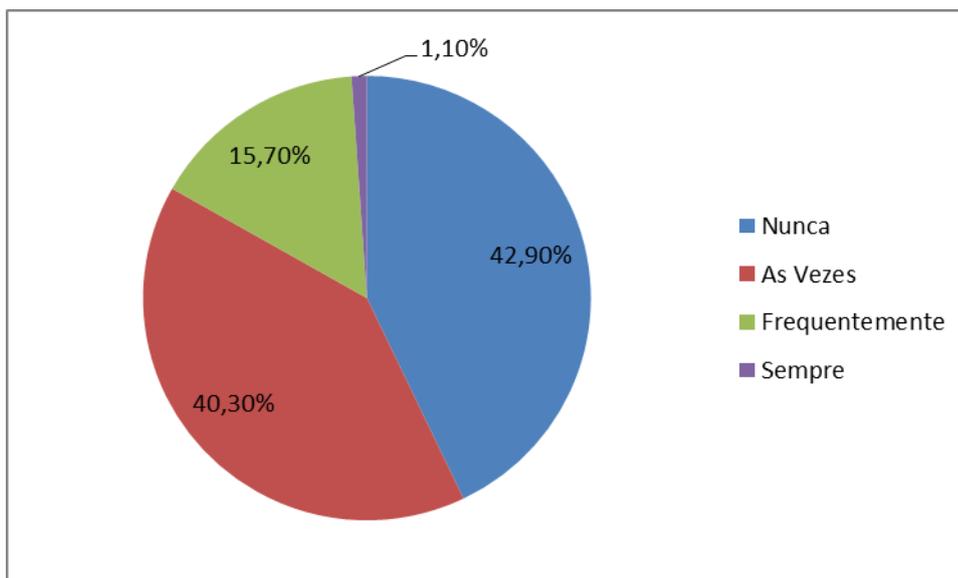
De acordo com a Figura 3, observou-se que apenas 4,60% das crianças entrevistadas sempre se despertam durante a noite; 12,00% com alguma frequência; 37,10% às vezes; enquanto 46,30% nunca despertam a noite.

**Figura 4 – Percentual de crianças que têm medo diante de novas situações:**



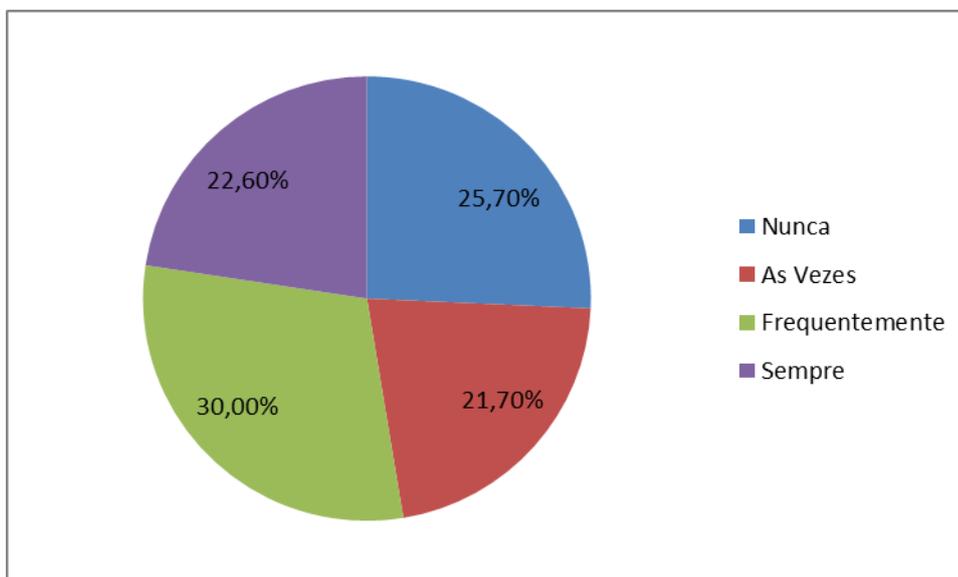
De acordo com a Figura 4, observou-se que apenas 3,20% das crianças entrevistadas sempre têm medo diante de alguma situação nova; 26,30% frequentemente; 39,10% às vezes; e 31,40% nunca apresentam ter medo.

**Figura 5 – Percentual de crianças que têm medo de gente:**



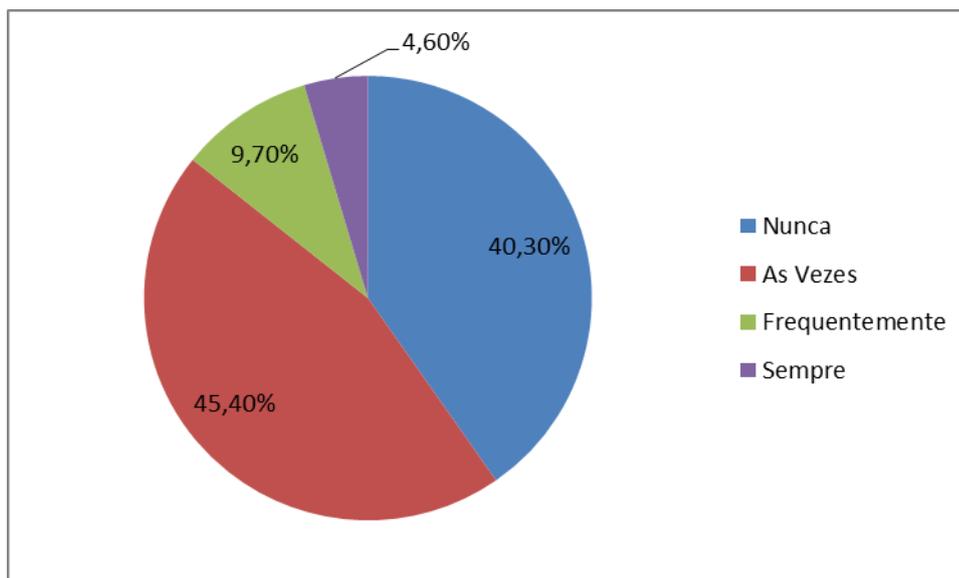
De acordo com a Figura 5, observou-se que apenas 1,10% das crianças apresentam sempre ter medo de gente; 15,70% apresentam frequentemente; 40,30% apenas às vezes; e 42,90% nunca apresentam ter este medo.

**Figura 6 - Percentual de crianças que têm medo de estar sozinho:**



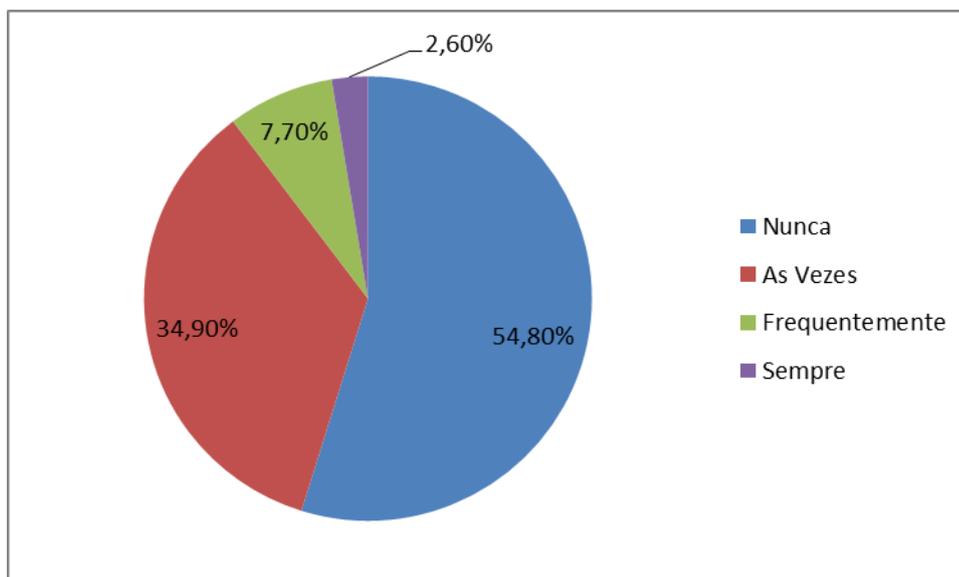
De acordo com a Figura 6, observou-se que 22,60% das crianças sempre têm medo de estar sozinho; 30,00% têm este medo frequentemente; 21,70% apenas às vezes; e 25,70% não têm problemas em ficarem sozinhas.

**Figura 7 - Percentual de crianças que se preocupam com doenças e mortes:**



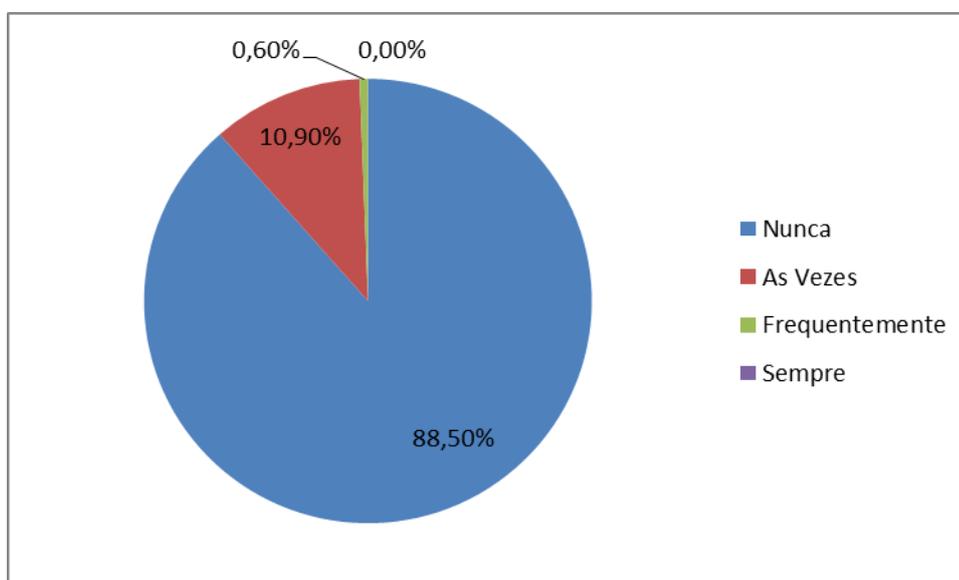
De acordo com a Figura 7, observou-se que 4,60% das crianças sempre apresentam essa preocupação; enquanto 9,70% se preocupam frequentemente; 45,40% às vezes; e 40,30% não se preocupam com doenças e mortes.

**Figura 8 - Percentual de crianças que se mostram tensas e rígidas:**



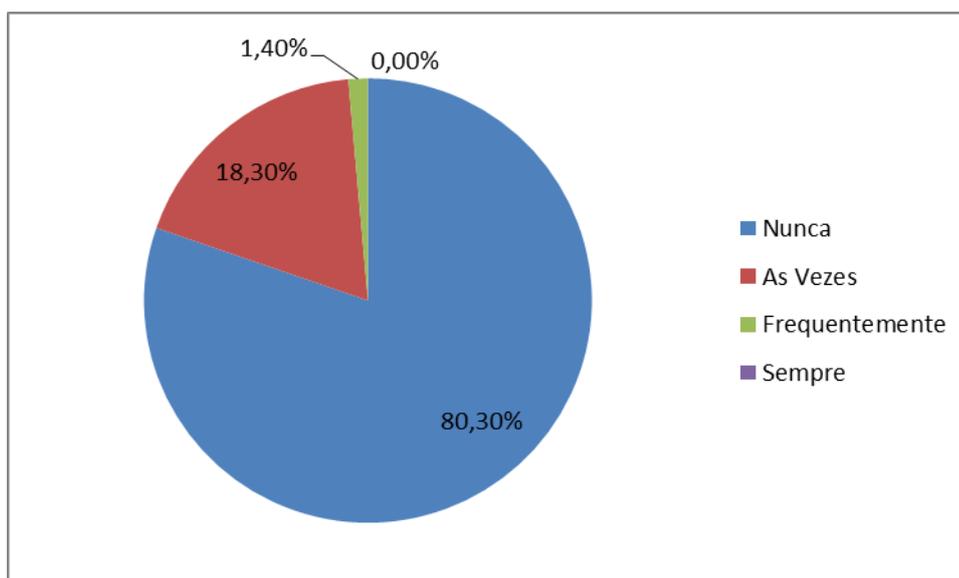
De acordo com a Figura 8, observou-se que apenas 2,60% das crianças sempre se apresentam tensas e rígidas; 7,70% são frequentemente; 34,90% só às vezes; e 54,80% nunca.

**Figura 9 - Percentual de crianças que apresentam sacudidas ou espasmos musculares:**



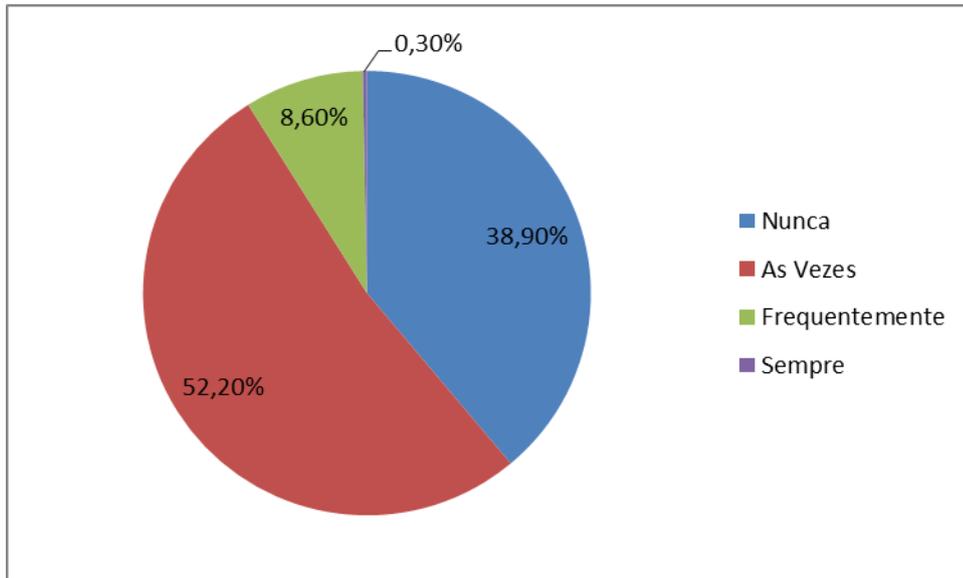
De acordo com a Figura 9, observou-se que nenhum entrevistado assinalou a opção sempre; apenas 0,60% apresentou ter com frequência; 10,90% às vezes; e na grande maioria com 88,50% não apresentam sacudidas ou espasmos musculares.

**Figura 10 - Percentual de crianças que apresentam tremores:**



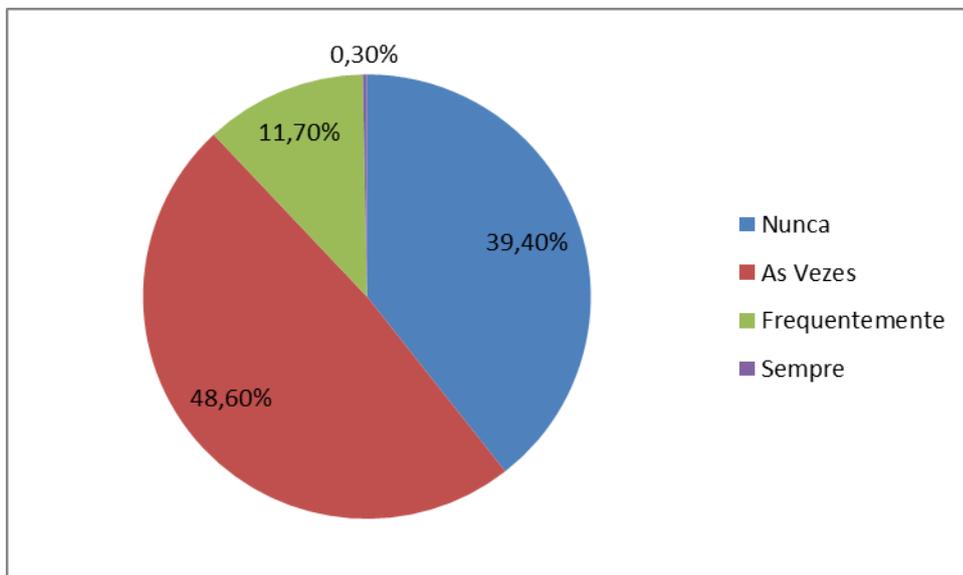
De acordo com a Figura 10, observou-se que nenhum participante assinalou a opção Sempre; apenas 1,40% apresentam com frequência; 18,30% às vezes; e 80,30% nunca apresentam tremores.

**Figura 11 - Percentual de crianças que sentem dores de cabeça:**



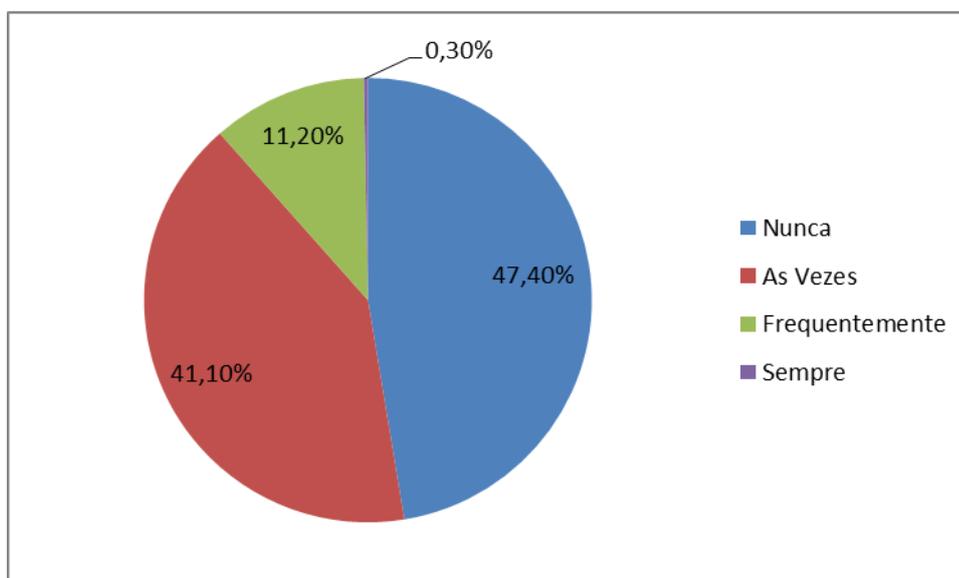
De acordo com a Figura 11, observou-se que apenas 0,30% das crianças entrevistadas sempre sentem dores de cabeça; enquanto 8,60% sentem com frequência; 52,20% apenas às vezes; e 38,90% nunca sentem dores de cabeça.

**Figura12 - Percentual de crianças que sentem dores no estômago:**



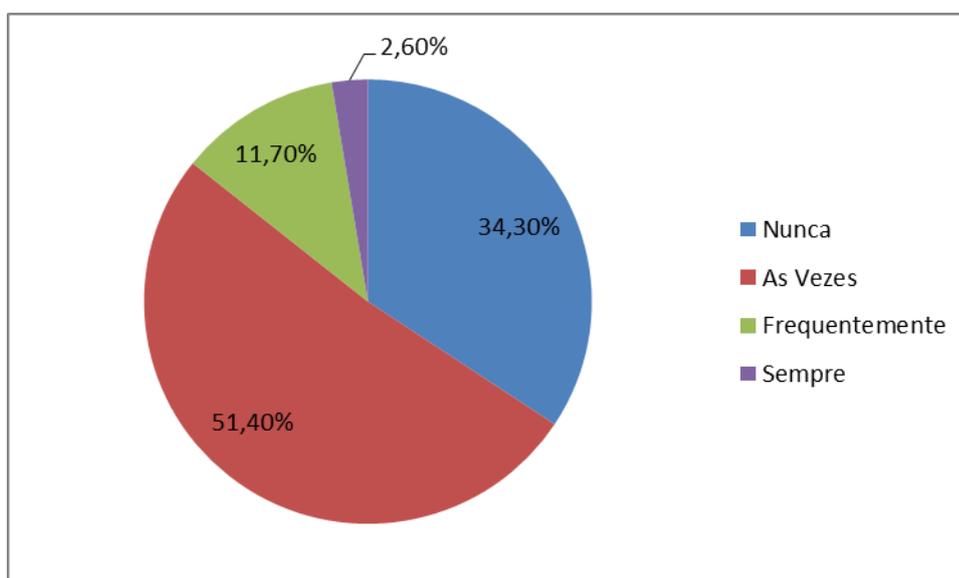
De acordo com a Figura 12, observou-se que 0,3% das crianças sempre sentem dores no estômago; 11,70% frequentemente; 48,60% apenas às vezes; e 39,40% nunca sofrem com essas dores.

**Figura 13 - Percentual de crianças que têm vômitos:**



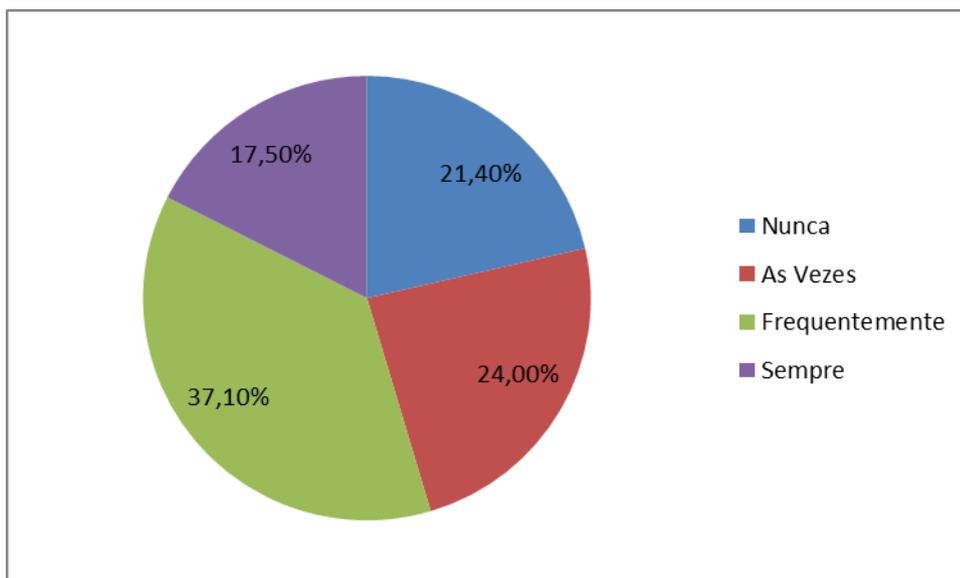
De acordo com a Figura 13, observou-se que 0,30% das crianças sempre apresentam vômitos; 11,20% vomitam frequentemente; 41,10% às vezes; e 47,40% nunca.

**Figura 14 - Percentual de crianças que se queixam de enfermidades e dores:**



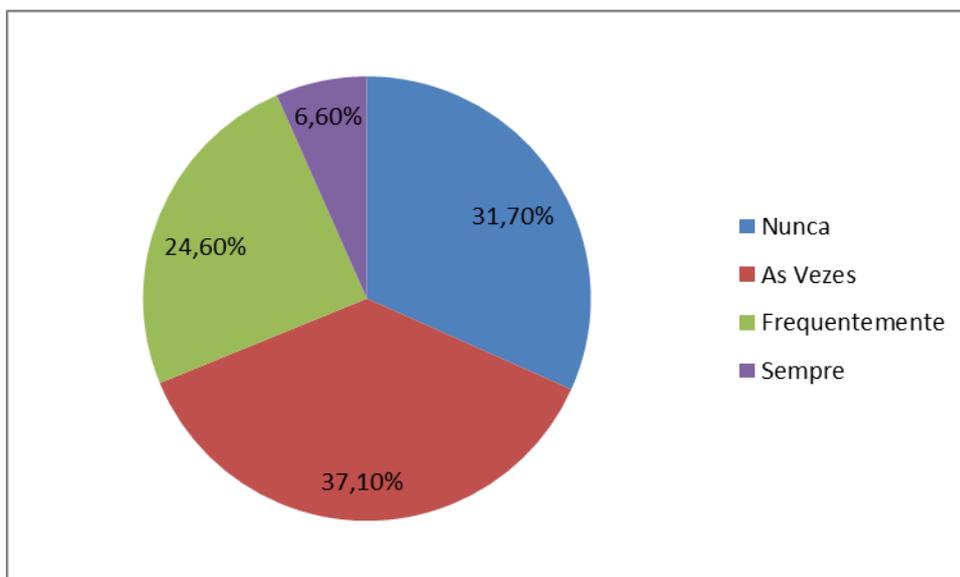
De acordo com a Figura 14, observou-se que 2,60% das crianças sempre se queixam de alguma enfermidade e dor; 11,70% se queixam frequentemente; 51,40% apenas às vezes; e 34,30% nunca.

**Figura 15 - Percentual de crianças que se deixam levar por outras crianças:**



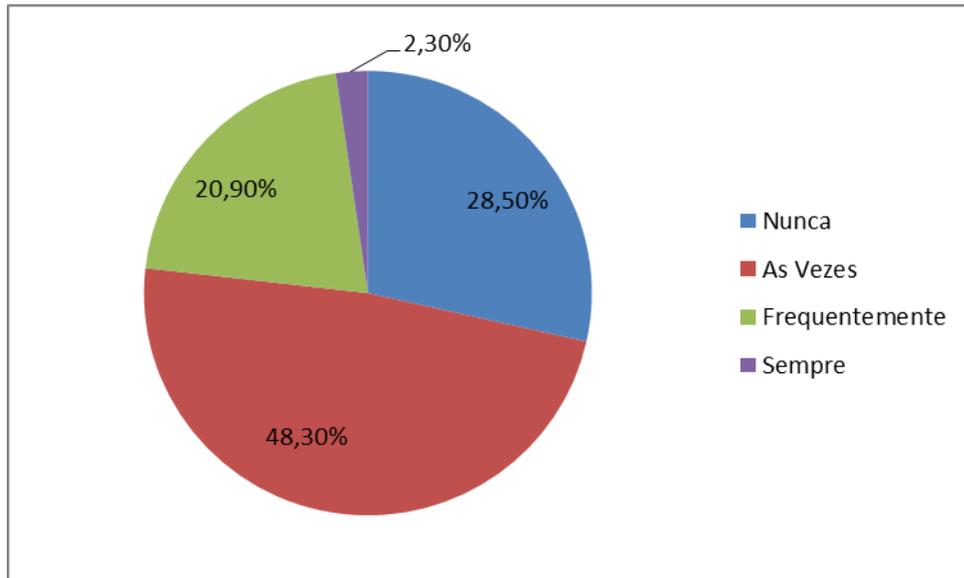
De acordo com a Figura 15, observou-se que 17,50% das crianças entrevistadas sempre se deixam levar por outras crianças; 37,10% com frequência; 24,00% às vezes; e 21,40% nunca.

**Figura 16 - Percentual de crianças que desafiam e intimidam os demais:**



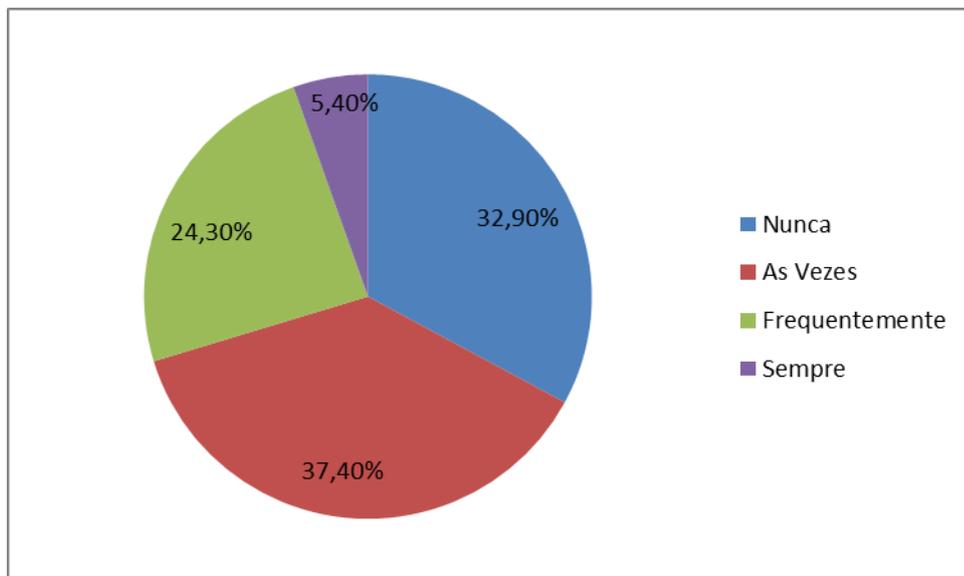
De acordo com a Figura 16, observou-se que 6,60% das crianças sempre desafiam e intimidam os demais; 24,60% frequentemente; 37,10% às vezes; e 31,70% nunca.

**Figura 17 - Percentual de crianças que são descaradas com adultos:**



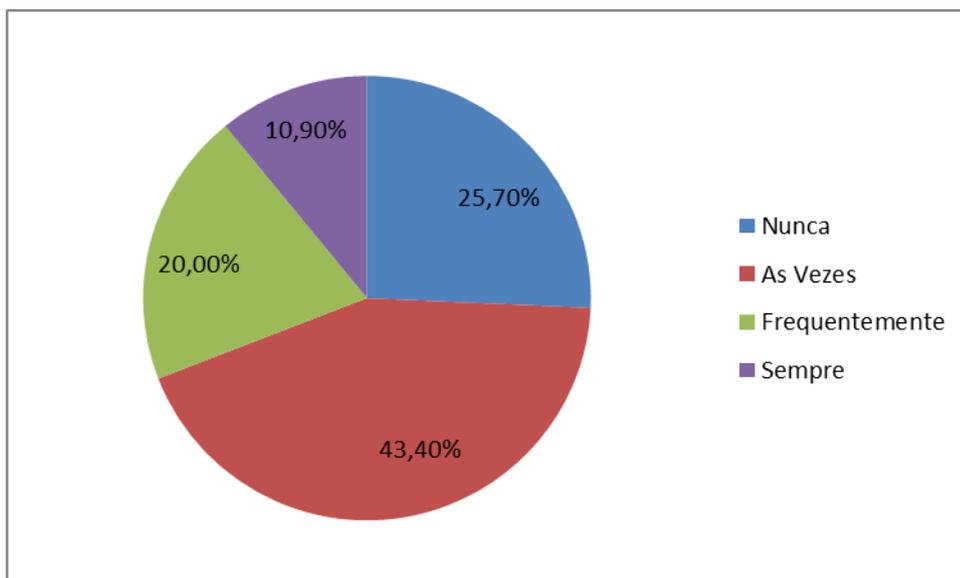
De acordo com a Figura 17, observou-se que 2,30% das crianças sempre apresentam ser descaradas com adultos; sendo que 20,90% são frequentemente; 48,30% apenas às vezes; e 28,50% nunca.

**Figura 18 - Percentual de crianças que são tímidas diante de amigos:**



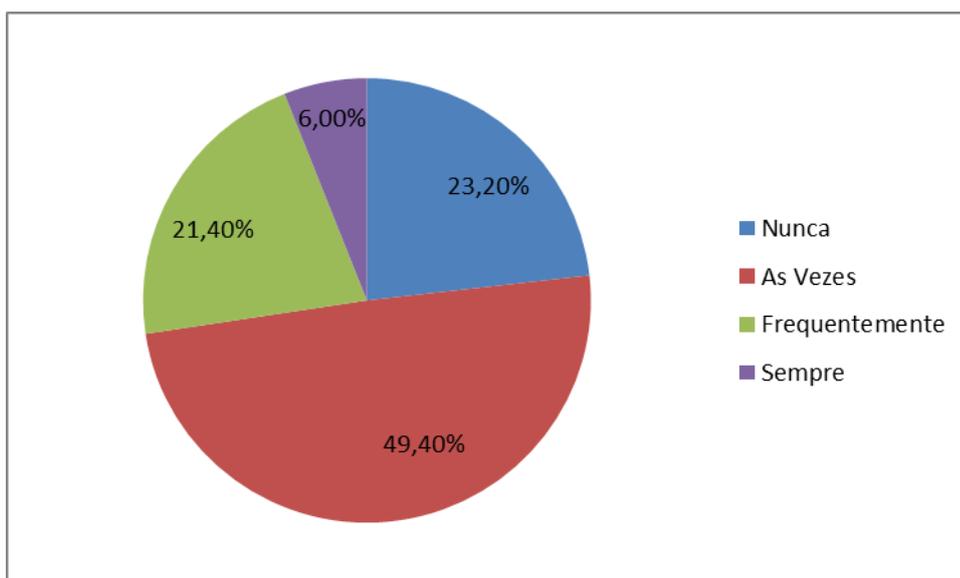
De acordo com a Figura 18, observou-se que 5,40% das crianças sempre são tímidas com amigos; 24,30% são frequentemente; 37,40% às vezes; e 32,90% não se mostram ser tímidas com seus amigos.

**Figura 19 - Percentual de crianças que temam não agradar a seus amigos:**



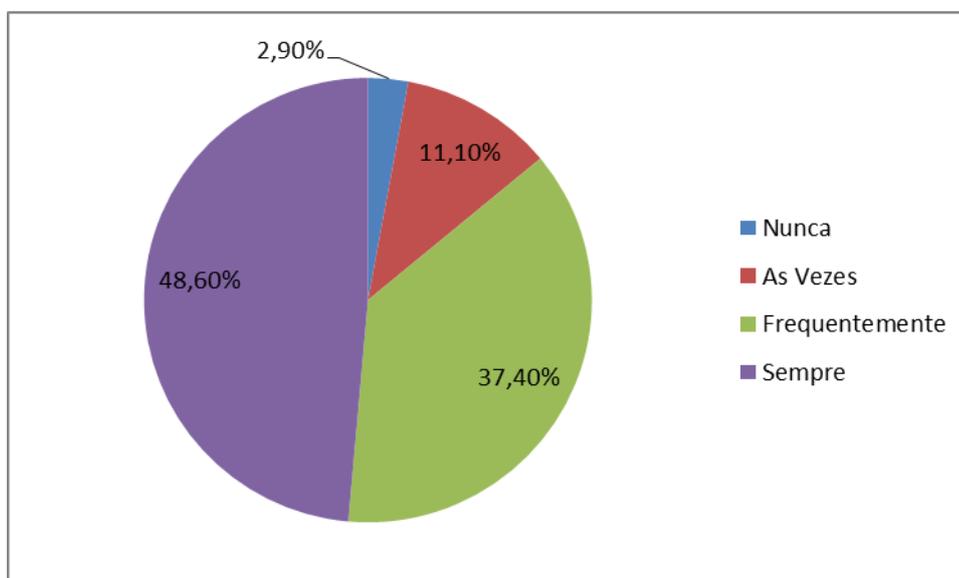
De acordo com a Figura 19, observou-se que 10,90% das crianças sempre temem não agradar seus amigos; 20,00% frequentemente; 43,40% apenas às vezes; e 25,70% nunca têm este temor.

**Figura 20 - Percentual de crianças que são valentes (arrogantes) e desrespeitam os seus superiores (insolentes):**



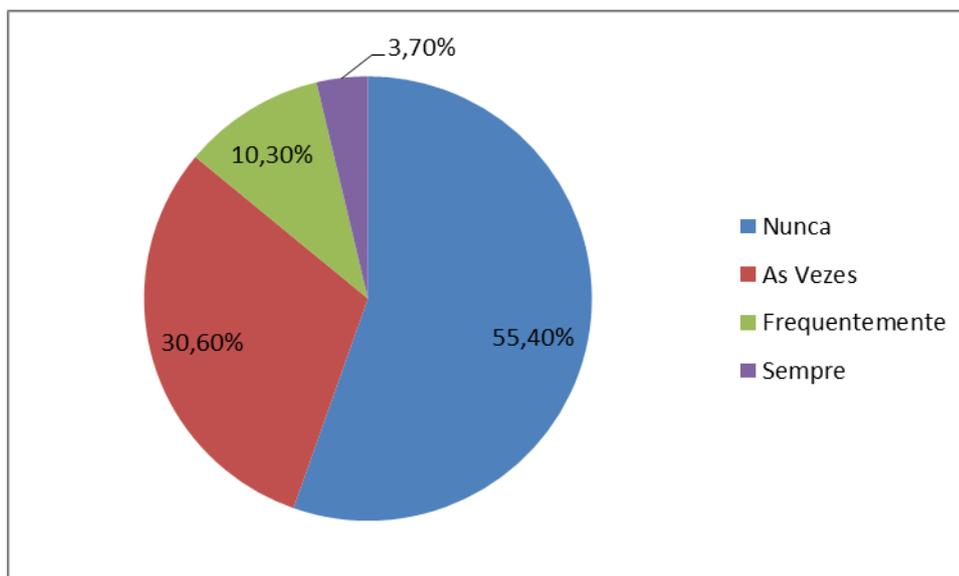
De acordo com a Figura 20, observou-se que 6,00% das crianças sempre desrespeitam os seus superiores; 21,40% desrespeitam com frequência; 49,40% apenas às vezes; e 23,20% nunca apresentam este comportamento.

**Figura 21 - Percentual de crianças que Tem amigos:**



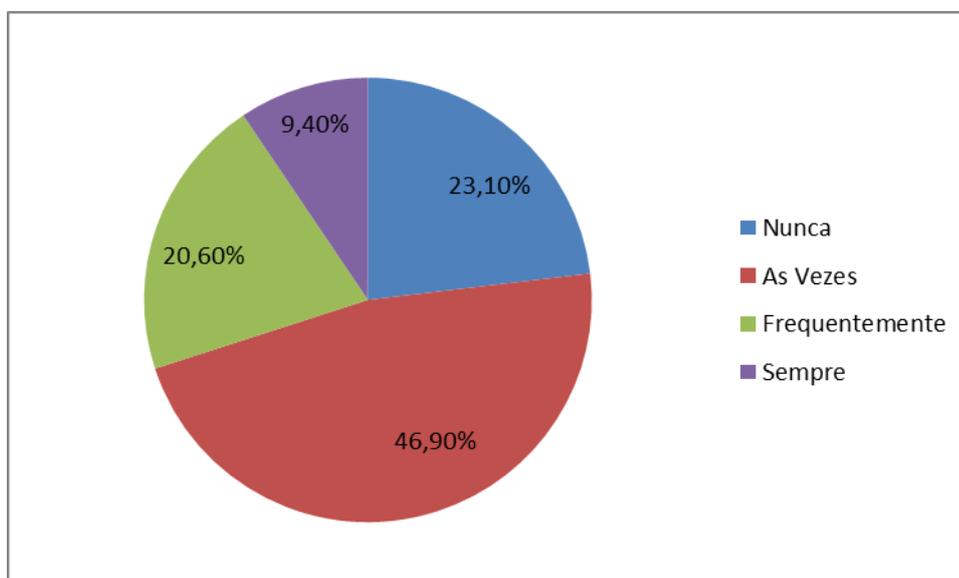
De acordo com a Figura 21, observou-se que 48,60% das crianças sempre têm amigos; 37,40% com frequência; 11,10% às vezes; e 2,90% se mostram sem amigos.

**Figura 22 - Percentual de crianças que são maliciosas com seus irmãos:**



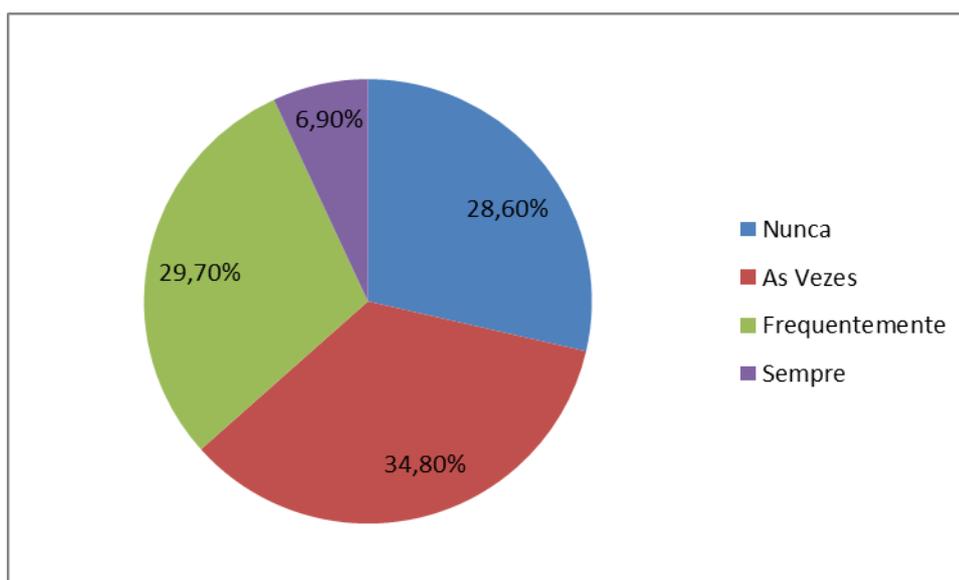
De acordo com a Figura 22, observou-se que 3,70% das crianças são sempre; 10,30% frequentemente; 30,60% apenas às vezes; e 55,40% não se mostram maliciosas com seus irmãos.

**Figura 23 - Percentual de crianças que brigam constantemente:**



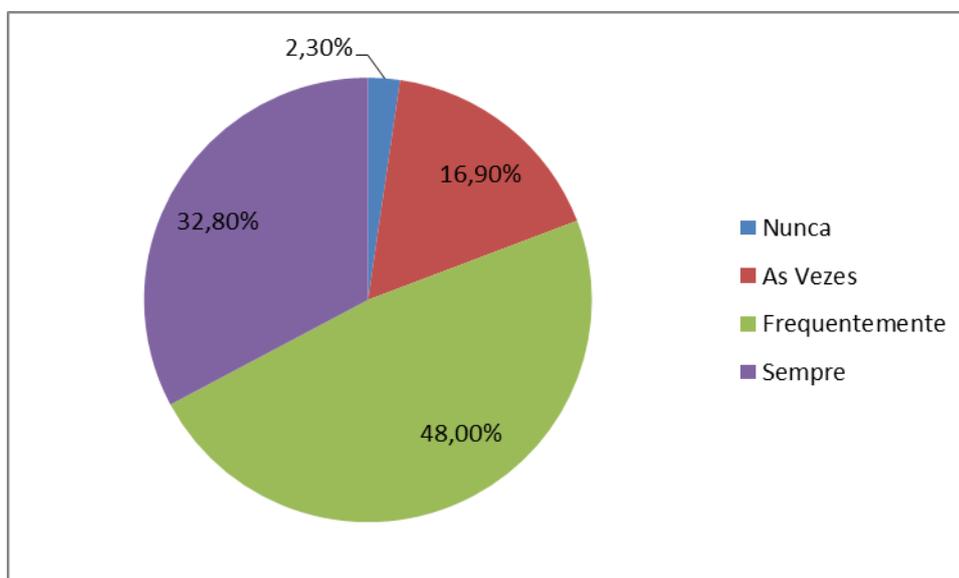
De acordo com a Figura 23, observou-se que 9,40% das crianças brigam sempre; 20,60% brigam com frequência; 46,90% apenas às vezes; e 23,10% nunca.

**Figura 24 - Percentual de crianças que criticam muito outras crianças:**



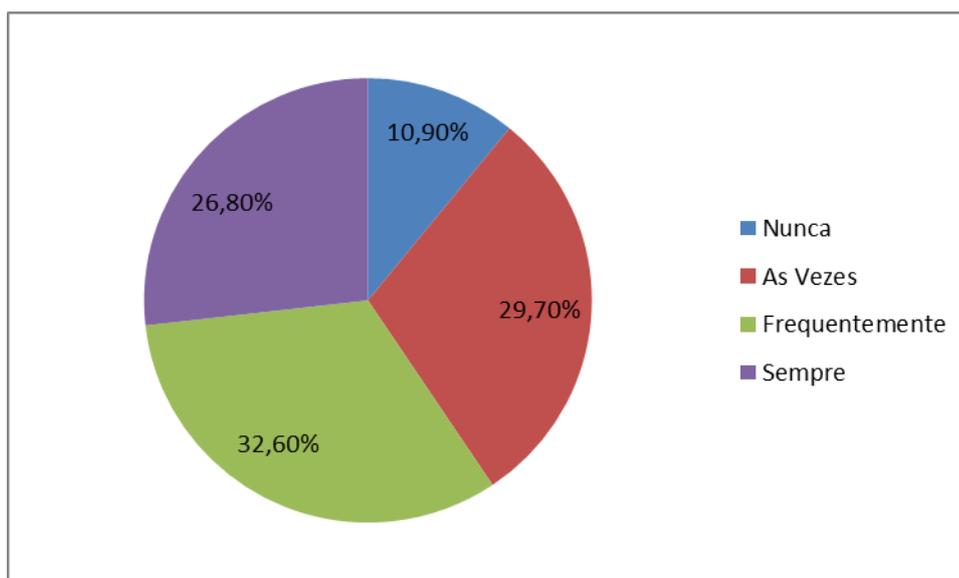
De acordo com a Figura 24, observou-se que 6,90% das crianças criticam sempre outras crianças; 39,70% com alguma frequência; 34,80% somente às vezes; e 28,60% não às criticam.

**Figura 25 - Percentual de crianças que aprendem na escola:**



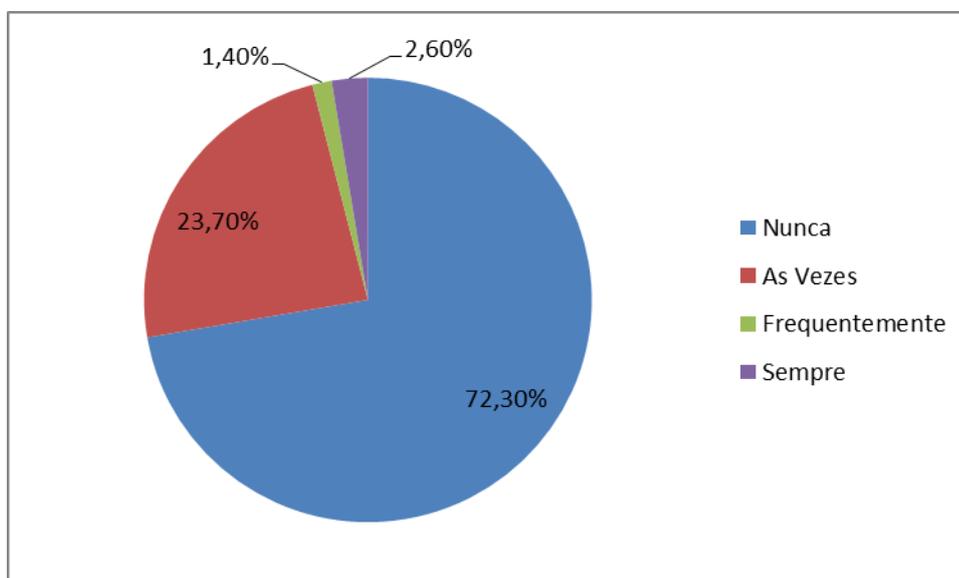
De acordo com a Figura 25, observou-se que 32,80% das crianças sempre aprendem na escola; 48,00% com frequência; 16,90% às vezes; e 2,30% não aprendem.

**Figura 26 - Percentual de crianças que gostam de ir à escola:**



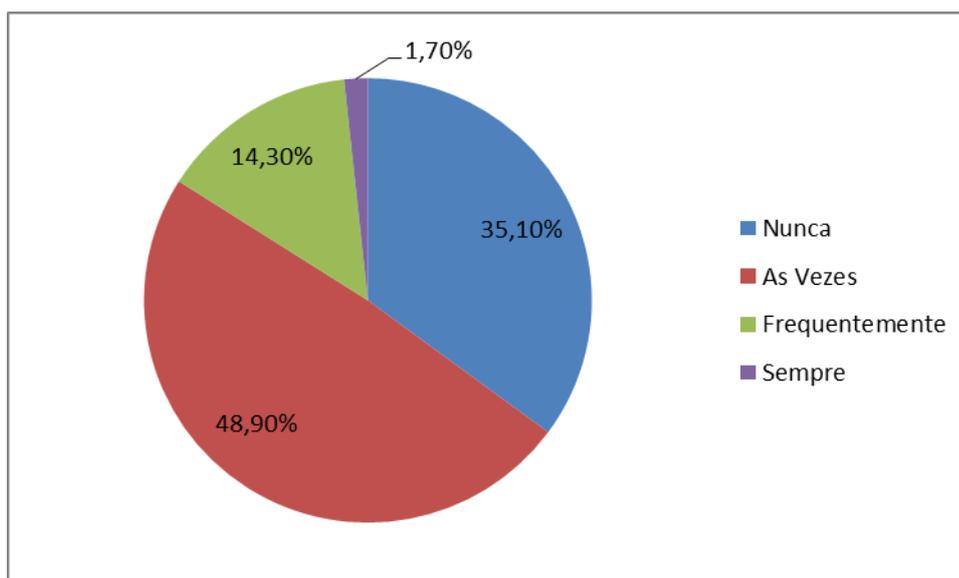
De acordo com a Figura 26, observou-se que 26,80% das crianças demonstram gostar de ir sempre à escola; 32,60% frequentemente; 29,70% gostam de ir apenas às vezes; e 10,90% não gostam de ir.

**Figura 27 - Percentual de crianças que têm medo de ir à escola:**



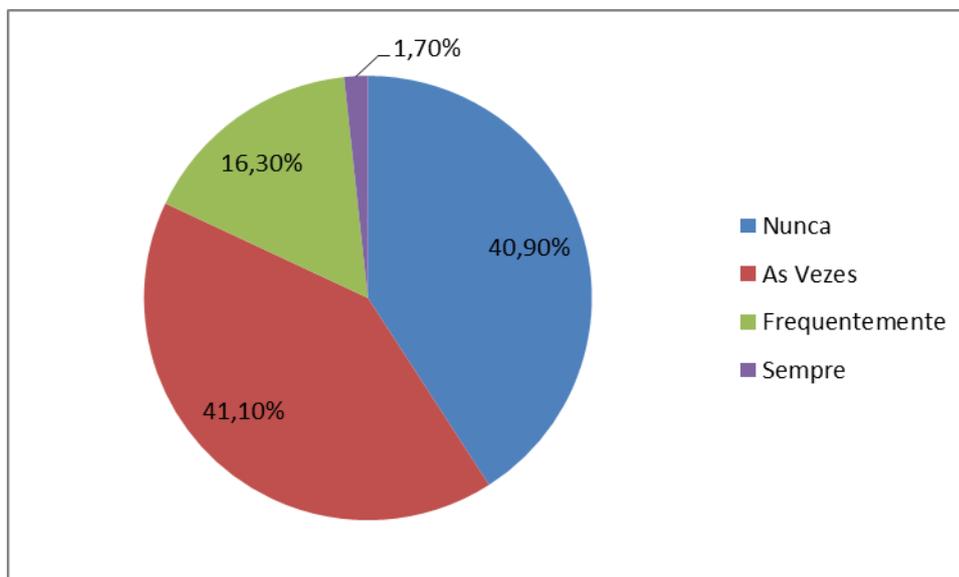
De acordo com a Figura 27, observou-se que 2,60% das crianças apresentam sempre ter medo de ir à escola; apenas 1,40% frequentemente; 23,70% às vezes; e 72,30% nunca.

**Figura 28 - Percentual de crianças que desobedecem as normas da escola:**



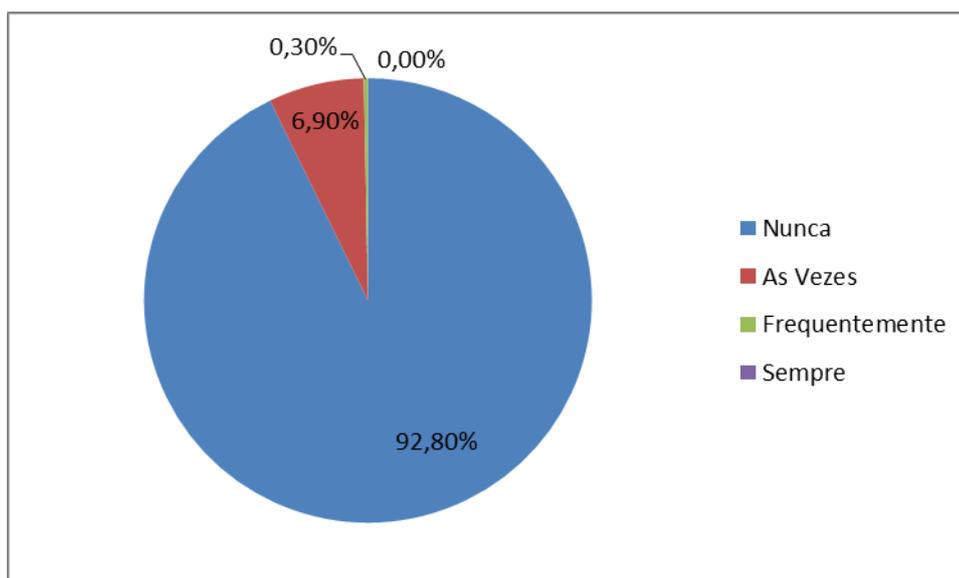
De acordo com a Figura 28, observou-se que 1,70% das crianças entrevistadas desobedecem sempre às normas da escola; 14,30% desobedecem frequentemente; 48,90% apenas às vezes; e 35,10% nunca desobedecem.

**Figura 29 - Percentual de crianças que mentem, culpando os demais dos seus erros:**



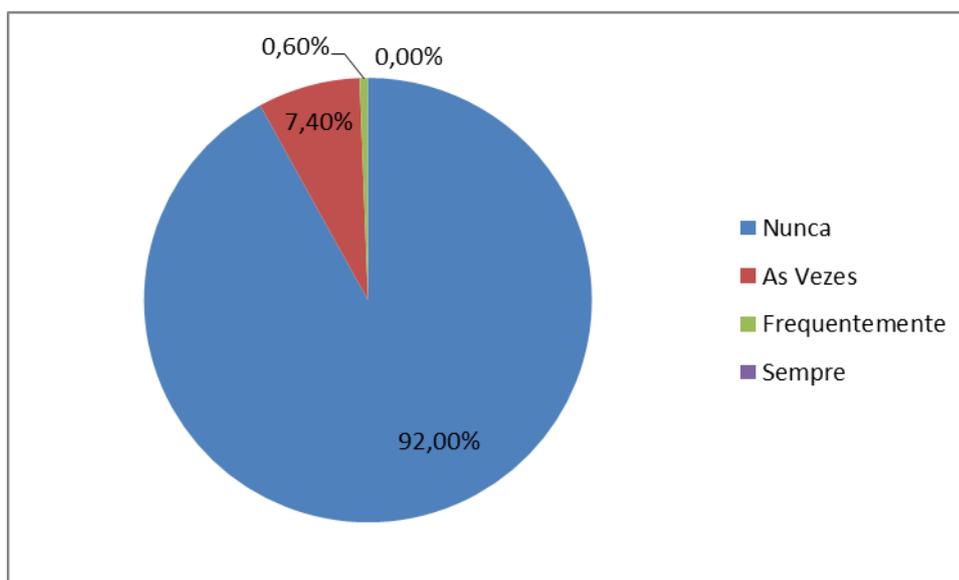
De acordo com a Figura 29, observou-se que 1,70% das crianças mentem sempre; enquanto 16,30% mentem com frequência; 41,10% apenas às vezes; e 40,90% não mentem.

**Figura 30 - Percentual de crianças que realizam roubos a seus pais:**



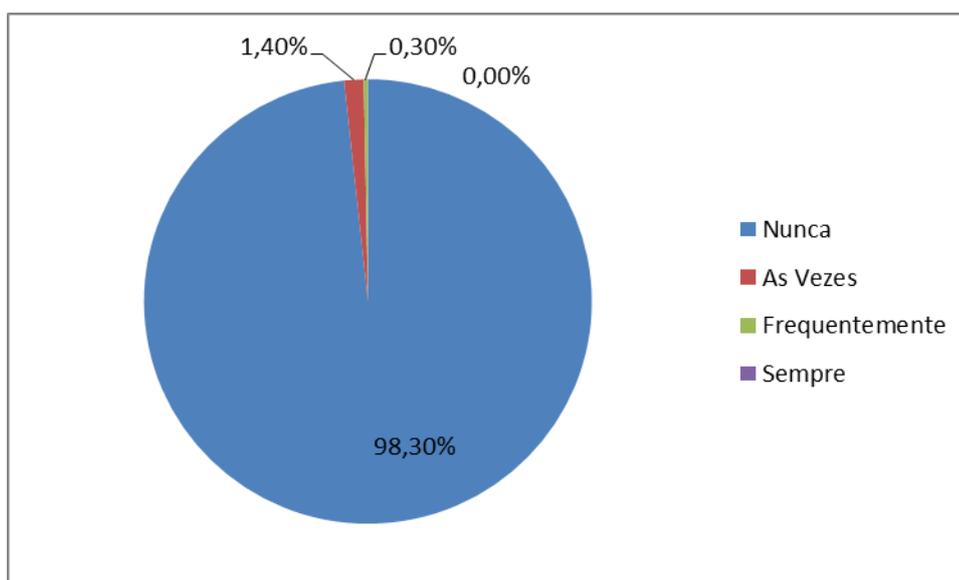
De acordo com a Figura 30, observou-se que nenhum entrevistado assinalou a opção sempre; apenas 0,30% frequentemente; 6,90% às vezes; e na grande maioria com 92,80% dos entrevistados nunca realizam roubos a seus pais.

**Figura 31 - Percentual de crianças que realizam roubos na escola:**



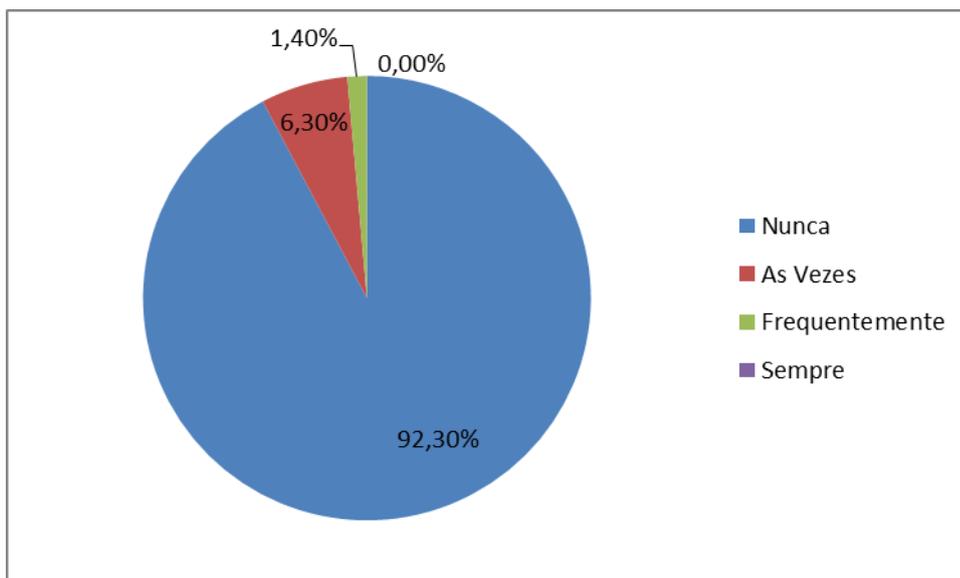
De acordo com a Figura 31, observou-se que nenhum participante assinalou a opção sempre; 0,60% assinalaram com frequência; 7,40% apenas às vezes; e 92,00% nunca.

**Figura 32 - Percentual de crianças que roubam em lojas, em barracas e em outros lugares:**



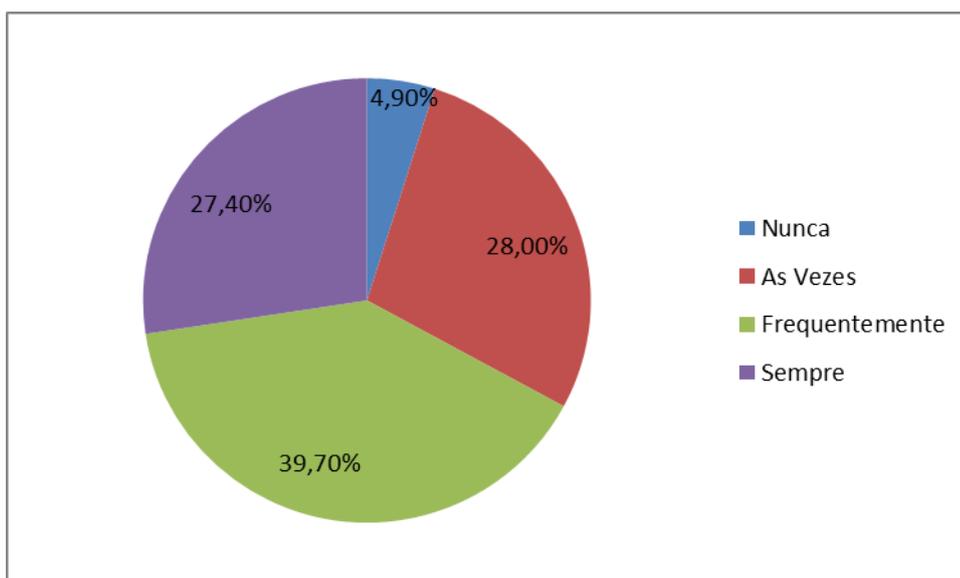
De acordo com a Figura 32, observou-se que nenhum participante assinalou a opção sempre; apenas 0,30% com frequência; 1,40% às vezes; enquanto a grande maioria de 98,30% nunca rouba (em lojas, em barracas e em outros lugares).

**Figura 33 - Percentual de crianças que tem problemas com polícia:**



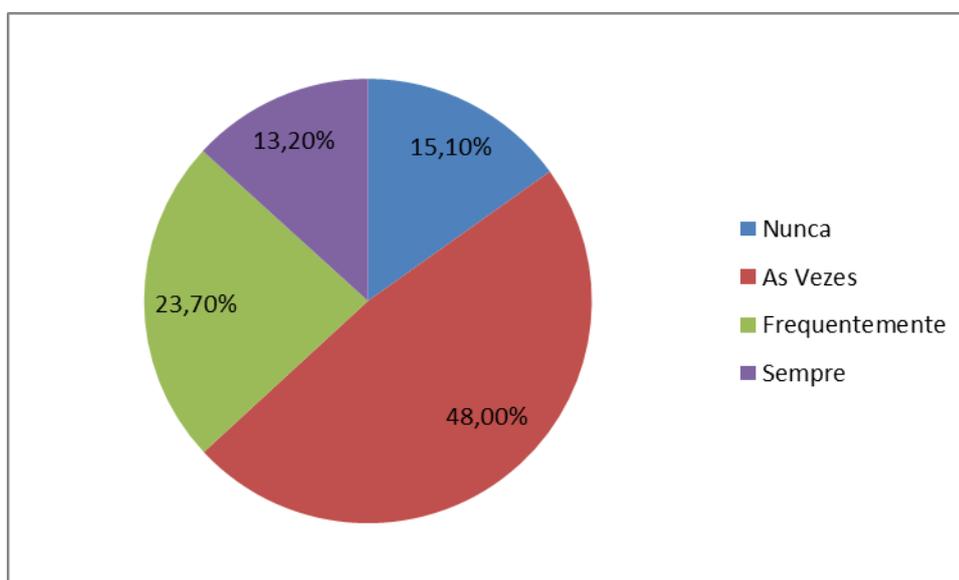
De acordo com a Figura 33, observou-se que nenhum participante assinalou a opção Sempre; 1,40% têm problemas frequentemente; 6,30% apenas às vezes; e 92,30% nunca têm problemas com a polícia.

**Figura 34 - Percentual de crianças que pretendem fazer tudo bem feito (perfeito):**



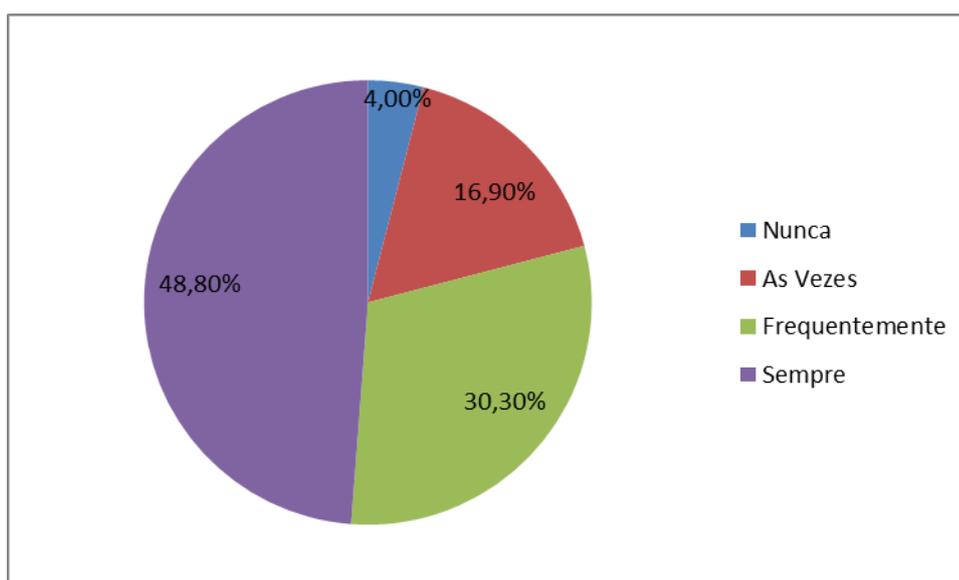
De acordo com a Figura 34, observou-se que 27,40% das crianças fazem tudo bem feito (perfeito) sempre; 39,70% fazem frequentemente; 28,00% às vezes; e apenas 4,90% nunca pretendem fazer tudo bem feito.

**Figura 35 - Percentual de crianças que necessitam fazer sempre as coisas da mesma maneira:**



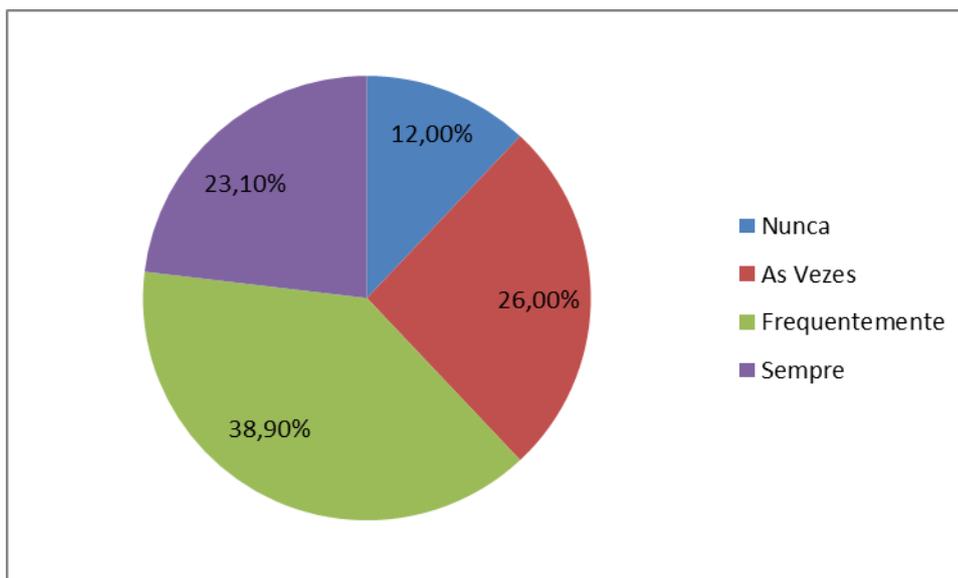
De acordo com a Figura 35, observou-se que 13,20% das crianças sempre necessitam fazer as coisas da mesma maneira; 23,70% frequentemente; enquanto 48,00% apenas às vezes; e 15,10% não vêem essa necessidade.

**Figura 36 - Percentual de crianças que tem objetivos muito altos (sonham alto):**



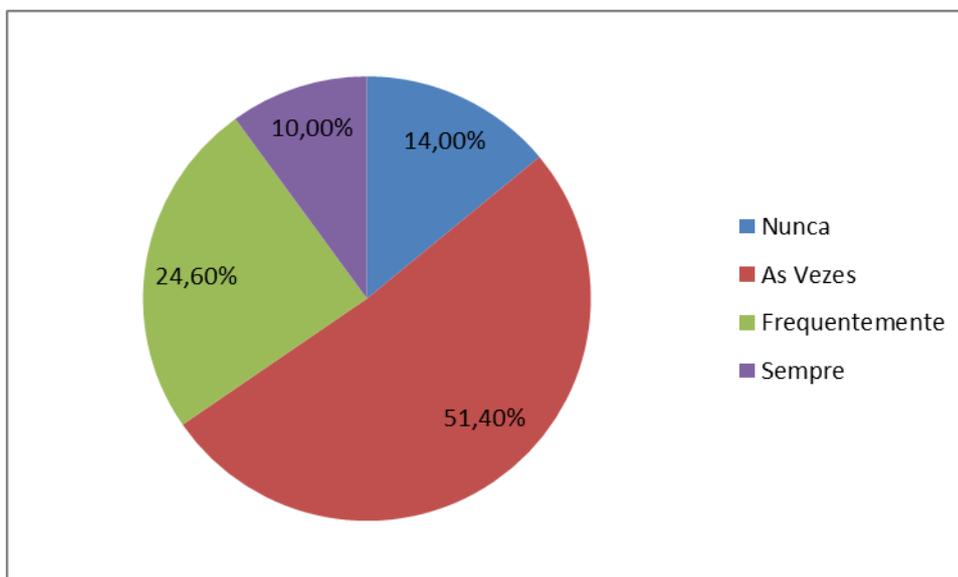
De acordo com a Figura 36, observou-se que 48,80% das crianças sonham alto sempre; 30,30% com frequência; 16,90% às vezes; e apenas 4,00% nunca têm objetivos muito altos.

**Figura 37 - Percentual de crianças que se distraem facilmente:**



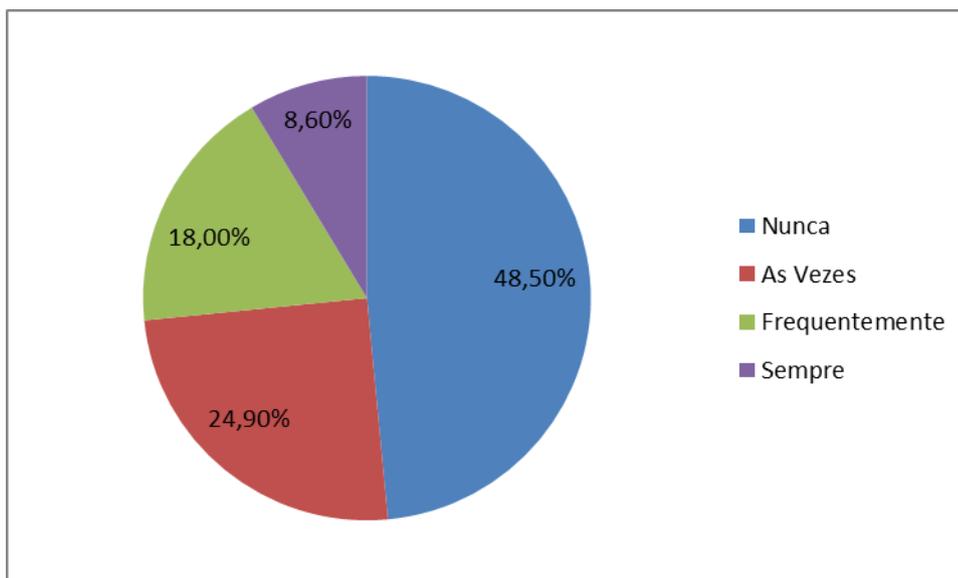
De acordo com a Figura 37, observou-se que 23,10% das crianças sempre se distraem facilmente; 38,90% se distraem com frequência; 26,00% apenas às vezes; e 12,00% nunca se distraem facilmente.

**Figura 38 - Percentual de crianças que se mostram nervosas e inquietas:**



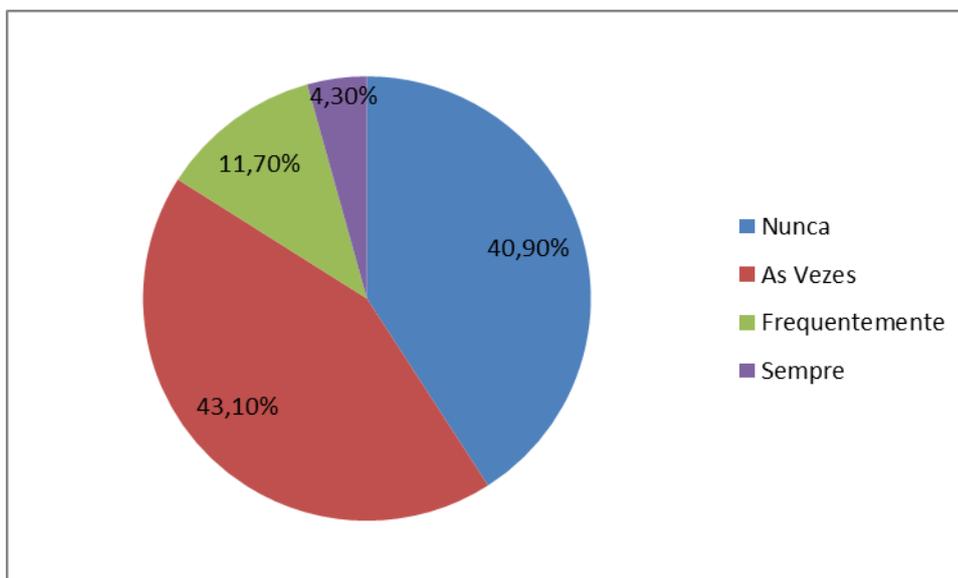
De acordo com a Figura 38, observou-se que 10,00% das crianças se mostram nervosas e inquietas sempre; 24,60% se mostram ser frequentemente; 51,40% às vezes; e 14,00% nunca são nervosas e inquietas.

**Figura 39 - Percentual de crianças que não podem ficar quietas:**



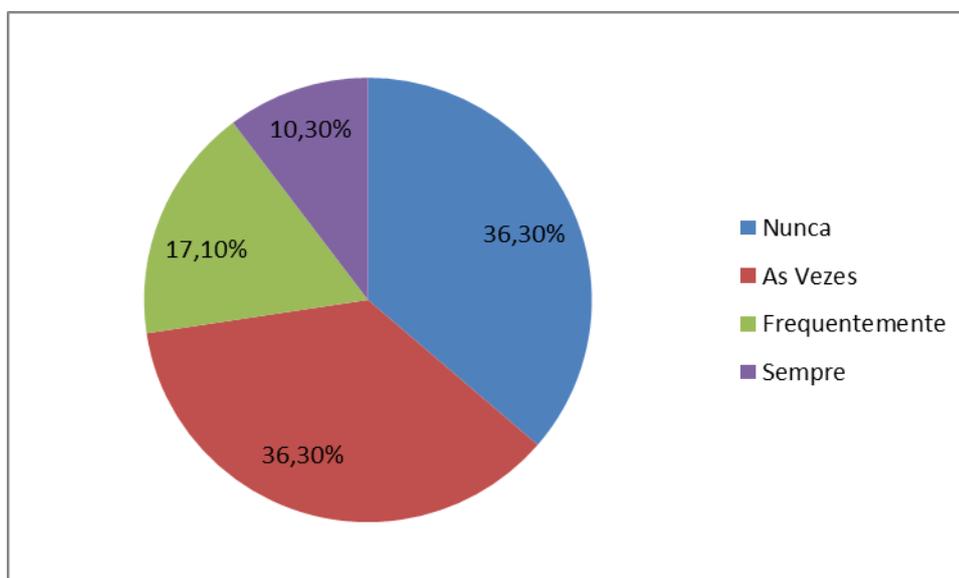
De acordo com a Figura 39, observou-se que 8,60% das crianças entrevistadas sempre não ficam quietas; 18,00% frequentemente; 24,90% às vezes; e 48,50% não podem ficar quietas.

**Figura 40 - Percentual de crianças que sobem em todas as partes:**



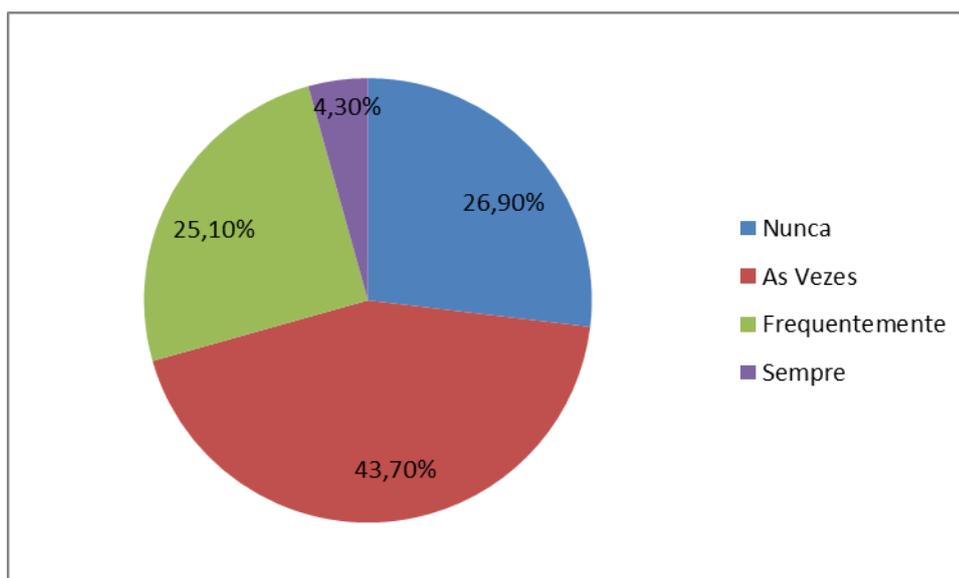
De acordo com a Figura 40, observou-se que apenas 4,30% das crianças sobem em todas as partes sempre; 11,70% sobem com frequência; 43,10% somente às vezes; e 40,90% não têm esse costume.

**Figura 41 - Percentual de crianças que despertam muito cedo:**



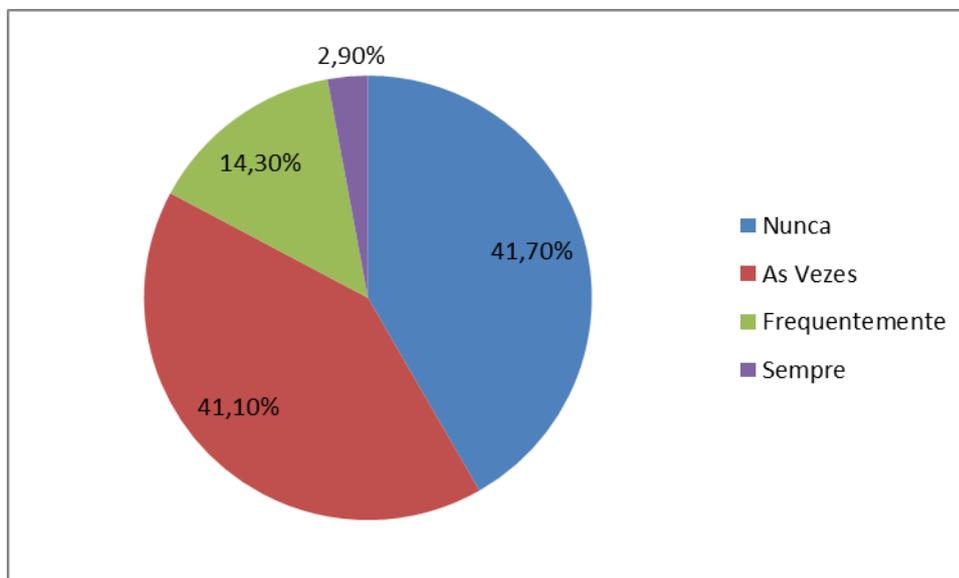
De acordo com a Figura 41, observou-se que 10,30% das crianças entrevistadas sempre se despertam muito cedo; 17,10% delas despertam cedo frequentemente; 36,30% somente às vezes; e 36,30% não têm esse costume.

**Figura 42 - Percentual de crianças que não ficam quietas durante as refeições:**



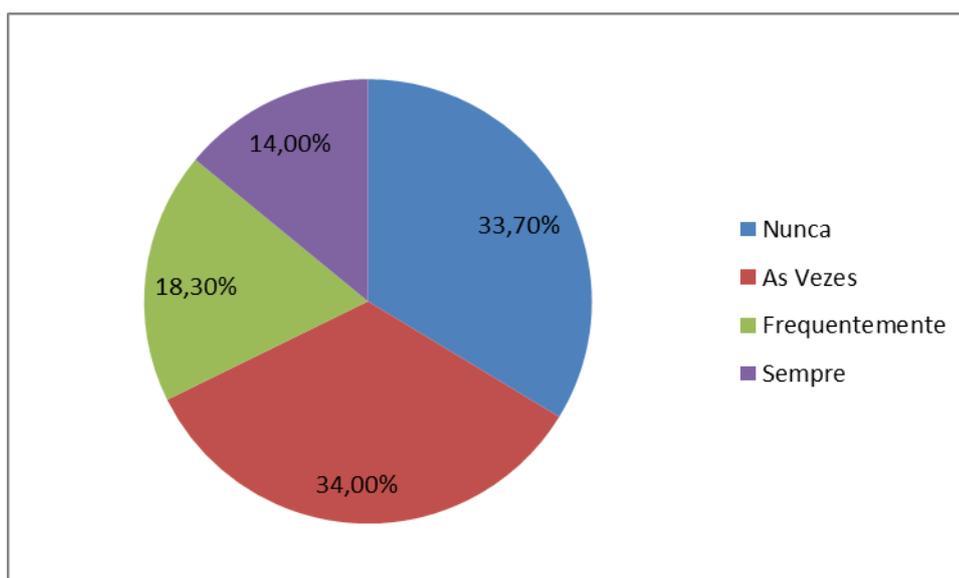
De acordo com a Figura 42, observou-se que apenas 4,30% das crianças sempre não ficam quietas durante as refeições; 25,10% frequentemente; 43,70% apenas às vezes; e 26,90% ficam quietas durante as refeições.

**Figura 43 - Percentual de crianças que começam a fazer alguma coisa, repetidamente, é impossível parar:**



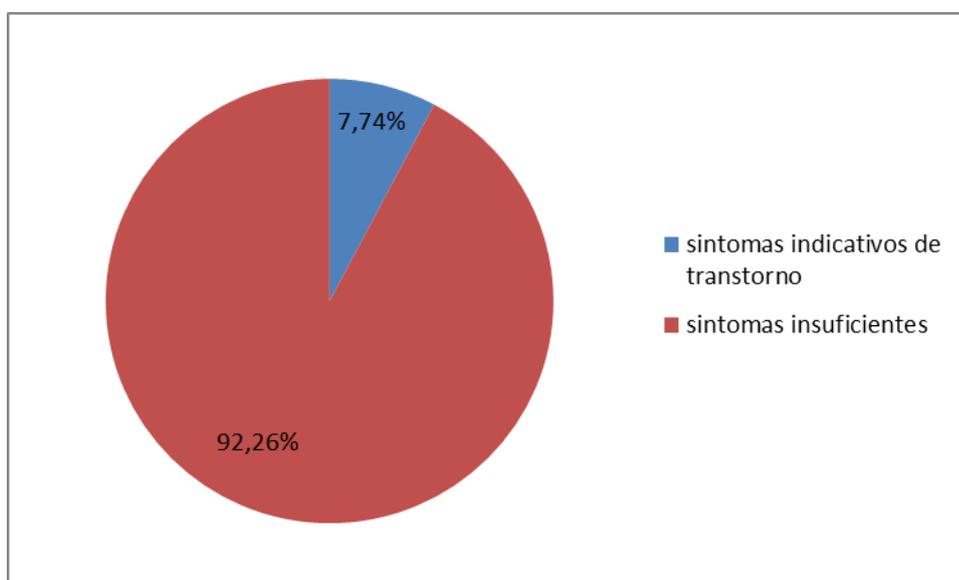
De acordo com a Figura 43, observou-se que 2,90% das crianças entrevistadas foram assinaladas na opção sempre; 14,30% na frequentemente; 41,10% apenas às vezes; e 41,70% não apresentaram esse costume.

**Figura 44 - Percentual de crianças que seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor:**



De acordo com a Figura 44, observou-se que 14,00% das crianças apresentam sempre esse costume; 18,30% apresentam com frequência; 34,00% às vezes; e 33,70% nunca apresentam.

**Figura 45 - Percentual de crianças que apresentam sintomas sugestivos de TDAH.**



De acordo com a Figura 45, observou-se que 7,74% das crianças entrevistadas apresentaram sintomas sugestivos de TDAH, enquanto o 92,26% não apresentam sintomas sugestivos.

**Tabela 1- Comparação gênero x sintomas sugestivos.**

<b>Gênero</b>	<b>Sintomas sugestivos de TDAH</b>	<b>Sintomas não sugestivos de TDAH</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Feminino</b>	7.0%	93.0%	45.3%
<b>Masculino</b>	8.4%	91.6%	54.7%
<b>(n)</b>	27	323	100%

Conforme evidenciado na tabela 1, 7,0% das crianças entrevistadas do gênero feminino apresentaram sintomas sugestivos de TDAH e 93% não apresentaram sintomas. Das crianças do gênero masculino 8,4% demonstraram sintomas sugestivos de TDAH e 91,6% não demonstraram sintomas.

**Tabela 2- Comparação idade x sintomas sugestivos de TDAH.**

<b>Idade:</b>	<b>sintomas indicativos de transtorno</b>	<b>sintomas insuficientes</b>	<b>TOTAL</b>
<b>4</b>	11.1%	88.9%	2.6%
<b>5</b>	5.6%	94.4%	20.3%
<b>6</b>	11.3%	88.7%	17.8%
<b>7</b>	6.5%	93.5%	17.8%
<b>8</b>	9.1%	90.9%	18.9%
<b>9</b>	6.0%	94.0%	19.2%
<b>10</b>	8.3%	91.7%	3.4%
<b>TOTAL</b>	7.7%	92.3%	100.0%

Conforme evidenciado na tabela 2, das crianças com quatro anos de idade, 11,1% apresentaram sintomas sugestivos e 88,9% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com cinco anos de idade, 5,6% apresentaram sintomas sugestivos e 94,4% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com seis anos de idade, 11,3% apresentaram sintomas sugestivos e 88,7% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com sete anos de idade, 6,5% apresentaram sintomas sugestivos e 93,5% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com oito anos de idade, 9,1% apresentaram sintomas sugestivos e 90,9% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com nove anos de idade, 6,0% apresentaram sintomas sugestivos e 94,0% apresentaram sintomas insuficientes; das crianças com dez anos de idade, 8,3% apresentaram sintomas sugestivos e 91,7% apresentaram sintomas insuficientes.

## 6 - DISCUSSÃO

Foi observado que a prevalência encontrada nesta pesquisa com crianças que apresentam sintomas sugestivos de TDAH em crianças foi de 7,7%, ficando próxima à encontrada pelos pesquisadores Pastura, Mattos e Araújo, (2007) em seu trabalho realizado na cidade do Rio de Janeiro, tendo como base para sua pesquisa 304 crianças de ambos os sexos, todos do ensino fundamental do Colégio Aplicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo como resultado final uma prevalência de 8,6%. Na primeira fase da pesquisa foi feita uma triagem pelos professores por meio do questionário de SNAP-IV pré-selecionando crianças com suspeita de sintomas para TDAH, e na segunda fase o diagnóstico de sintomas para TDAH foi confirmado por meio do questionário DSM-IV respondido pelos pais de alunos indicados inicialmente.

Já no trabalho realizado por Vasconcelos *et al.* (2003), pais e professores de alunos do ensino fundamental responderam ao questionários DSM-IV, sendo selecionadas 403 crianças do Colégio Estadual José Bonifácio em Niterói no estado do Rio de Janeiro, que atende predominantemente a alunos de classe socioeconômica baixa. Foi observada uma prevalência acima do encontrado em nossa pesquisa com 17,1% das crianças diagnosticadas com TDAH. As altas taxas observadas no presente estudo fortalecem a idéia de que determinados fatores psicossociais (p. ex., baixa renda) estão diretamente associados ao diagnóstico de TDAH, além disso, podemos verificar também o fato de que os professores fizeram uma triagem preliminar da pesquisa fazendo assim uma pré-seleção de crianças com suspeita de apresentarem sintomas do distúrbio na fase inicial, induzindo assim à formação de uma amostra tendenciosa, não se tratando, portanto de uma amostra aleatória como realizado em nosso estudo.

O estudo feito por Freire e Ponde (2005), na cidade de Salvador no estado da Bahia, utilizou como instrumento para pesquisa uma Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade versão para professores, permitindo a melhor percepção e evidenciando com clareza os sintomas observados. Foi selecionada aleatoriamente uma escola pública da cidade a partir de uma lista fornecida pela

Secretaria de Educação do Estado da Bahia, na qual 150 crianças todas do ensino fundamental participaram da pesquisa, observando-se uma prevalência de 8% para TDAH, corroborando os dados encontrados neste trabalho.

No estudo de Poeta e Rosa Neto (2004), realizado na cidade de Florianópolis no estado de Santa Catarina, foi utilizado o questionário de EDAH como instrumento para o rastreamento de sintomas sugestivos de TDAH, participando da pesquisa pais e professores de 1.898 crianças do ensino fundamental matriculadas em 5 escolas públicas dentre as quais 95 crianças, cerca de 5% da amostra apresentaram sintomas positivos para o distúrbio, ficando assim um pouco abaixo da amostra encontrada em nossa pesquisa.

A pesquisa feita por Fontana *et al.* (2007), entrevistou pais e professores de 461 crianças do ensino fundamental de 4 escolas públicas da cidade de São Gonçalo no estado do Rio Janeiro, onde foi utilizado o método de DSM-IV para diagnóstico de TDAH. A pesquisa utilizou-se de 2 fases, sendo que na primeira foi feita uma triagem por parte dos professores para alunos que possivelmente apresentavam sintomas de TDAH. A fase seguinte contou com a participação dos pais dos alunos pré-selecionados, chegando assim a um resultado final de 13% das crianças com diagnóstico positivo para TDAH, ficando assim com um alto índice positivo na amostra pesquisada. Este aumento da porcentagem observada neste estudo pode ser justificado pelo fato da população estudada ser de baixa renda familiar, e também pela triagem feita por professores na fase inicial do estudo, não seguindo assim a pesquisa aleatória de amostras como feito em nosso estudo.

O trabalho de Jou *et al.* (2010), foi realizado na cidade de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul, e analisou a prevalência de TDAH no contexto escolar. Nesta pesquisa feita em escolas da cidade não houve a participação dos pais de alunos entrevistados, apenas professores e responsáveis da direção das escolas responderam ao questionário de DSM-IV para o diagnóstico de TDAH, fazendo parte da pesquisa 8.681 crianças do ensino fundamental matriculadas em 17 escolas da cidade, onde foi diagnosticado que 3,24% das crianças foram detectadas para sintomas do distúrbio. O percentual encontrado nesse trabalho foi abaixo do encontrado em nossa pesquisa, podendo ser justificada pela provável

ausência da participação dos pais no enriquecimento de dados referentes ao comportamento no dia-dia dessas crianças.

No estudo realizado por Cardoso, Sabbag e Beltrame (2007), pesquisou-se uma escola da cidade de São José no estado de Santa Catarina, onde 81 crianças do ensino fundamental com suspeita de sintomas para TDAH foram selecionadas pelos próprios professores utilizando-se da escala de EDAH. Na fase seguinte os pais das crianças indicadas responderam ao questionário de DSM-IV para diagnóstico de sintomas de TDAH, sendo que 84,5% das crianças obtiveram indicativos positivos para os sintomas de TDAH. A alta prevalência observada neste estudo pode ser atribuída à triagem preliminar feita pelos professores, fazendo assim com que o resultado final fosse influenciado pela indicação das amostras participantes da pesquisa, não seguindo o padrão aleatório de entrevistados adotado em nossa pesquisa.

O trabalho de Possa, Spanemberg e Guardiola (2005), teve como amostra 35 crianças do ensino fundamental de 4 escolas públicas da cidade de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul. Todas também foram pré-selecionadas pelos professores como suspeitas de apresentarem sintomas de TDAH utilizando o método de DSM-IV. Na fase seguinte do estudo os pais das crianças selecionadas responderam ao mesmo questionário, diagnosticando assim que 51,4% das amostras participantes da pesquisa foram positivas para TDAH. O percentual elevado observado nesse estudo também tem como fato predominante a indicação por parte dos professores de crianças com suspeitas de serem portadoras dos sintomas de TDAH.

Na pesquisa de Vítolo *et al.* (2005), na cidade de Taubaté no estado de São Paulo, pais e responsáveis de 454 crianças do ensino fundamental de escolas do município foram entrevistadas por meio do questionário de Self-Report Questionnaire (SRQ). A pesquisa teve um percentual elevado, chegando aos 31,1% de amostras diagnosticadas com o distúrbio, podendo ser justificada pela utilização deste questionário de rastreamento que contém perguntas voltadas para problemas de saúde mental e comportamental em crianças, e também pela amostra dizer respeito apenas aos pais das respectivas crianças.

No estudo realizado por Coutinho *et al.* (2007), na cidade do Rio de Janeiro capital, foram entrevistados pais e professores de 780 crianças e adolescentes de ambos os sexos em escolas da cidade, tendo como fase inicial a indicação por parte dos professores utilizando o questionário de DSM-IV. Desse total de amostras da pesquisa 13,1% foram confirmadas com sintomas sugestivos de TDAH, podendo ser observado um percentual acima do encontrado em nosso estudo devido a variação de idade dos entrevistados (entre 6 e 17 anos) e também pela pré-seleção da amostra pesquisada, o que afeta diretamente no resultado final de prevalência para TDAH deste estudo em relação ao encontrado em nossa pesquisa.

## **6.1 - PREVALÊNCIA EM RELAÇÃO AO GÊNERO**

Em relação ao gênero das crianças diagnosticadas com sintomas sugestivos de TDAH, nossa pesquisa evidenciou que 54,7% das amostras eram do gênero masculino e 45,3% do gênero feminino, enquanto no estudo feito por Pastura, Mattos e Araújo, (2007), o percentual foi de 88% para o gênero masculino, e 12% para o gênero feminino, podendo ser observada uma grande superioridade das amostras masculinas no rastreamento de sintomas para TDAH neste estudo em relação ao de nossa pesquisa. Essa diferença pode ser justificada pela triagem preliminar feita neste estudo, alterando assim o número de crianças diagnosticadas de um gênero para outro, já que as amostras não foram aleatórias na escolha de seu gênero.

No estudo de Vasconcelos *et al.* (2003), a porcentagem encontrada foi de 65,2% do gênero masculino e 34,8% do gênero feminino, mantendo-se semelhante ao nosso trabalho. Assim como o percentual do trabalho de Freire e Ponde (2005), que foi de 62,7% para o gênero masculino e de 37,3% para o gênero feminino.

O estudo de Poeta e Rosa Neto (2004) apontou um predomínio masculino com 3:1, como também pôde ser observado no estudo feito por Fontana *et al.* (2007), onde houve predomínio do gênero masculino com 68,3% dos casos, enquanto o gênero feminino apresentou 31,7% dos casos de TDAH, com predomínio masculino de 2:1.

Também na pesquisa de Jou *et al.* (2010) o percentual encontrado foi maior no gênero masculino se comparado com o feminino, com 80,8% para o masculino e 19,2% para o feminino. A alta porcentagem do gênero masculino quanto ao feminino por ser justificada pela triagem preliminar feita no estudo, que não utilizou da aleatoriedade de nosso estudo.

No trabalho de Cardoso, Sabbag e Beltrame (2007), a prevalência encontrada foi de 70,5% para o gênero masculino e 29,5% do gênero feminino, ou seja, uma média de 3,5 de prevalência masculina sobre a feminina.

Os dados encontrados por Possa, Spanemberg e Guardiola (2005), em seu estudo observou que 57,1% das amostras eram do gênero masculino e 42,9% do gênero feminino, ficando semelhante ao percentual encontrado em nossa pesquisa.

O percentual do estudo de Vitolo *et al.* (2005) foi de 62,4% do gênero masculino e 37,6% do gênero feminino, também mantendo média semelhante aos demais encontrados nos estudos citados acima.

E no estudo feito por Coutinho *et al.* (2007) a porcentagem observada foi de 70,6% para o gênero masculino e 29,4% para o gênero feminino de crianças diagnosticadas com sintomas sugestivos de TDAH.

## **6.2 - PREVALÊNCIA EM RELAÇÃO A IDADE**

Em relação à idade observamos que em nosso trabalho houve uma maior prevalência em crianças com média de 6 anos de idade, enquanto no estudo de Pastura, Mattos e Araújo, (2007) essa prevalência foi maior em crianças com média de 12 anos de idade, ficando bem acima da média de nossa pesquisa. No trabalho de Vasconcelos *et al.* (2003) essa média foi de 9 anos de idade. O estudo feito por Freire e Ponde, (2005) apontou uma prevalência em crianças com média de 12 anos de idade, tendo assim média superior observada em nosso estudo. Na pesquisa de Poeta e Rosa Neto, (2004) obteve a média de 9 anos de idade. No estudo feito por Fontana *et al.* (2007), também pode-se observar uma média de 9 anos de idade. Enquanto na pesquisa de Jou *et al.* (2010), essa média foi de 10 anos de idade. Assim como no estudo de Cardoso, Sabbag e Beltrame (2007), que também

alcançou a média de 10 anos de idade. O estudo realizado por Possa, Spanemberg e Guardiola (2005), observou uma média de crianças com diagnóstico de TDAH com 9 anos de idade. O trabalho de Vitolo *et al.* (2005), teve média de prevalência em crianças com 8 anos de idade. E no estudo realizado por Coutinho *et al.* (2007), obteve média de 11 anos de idade para crianças com sintomas sugestivos de TDAH.

## **7 - CONCLUSÃO**

Podemos observar a enorme necessidade de métodos de diagnósticos mais precisos e eficazes em relação à TDAH, já que hoje com o atual estilo de vida e as enormes cobranças impostas aos trabalhadores e escolares podem sugerir que em algumas situações de estresse esses indivíduos sejam diagnosticados erroneamente com TDAH.

Observou-se ainda a falta de conhecimento por parte dos pais sobre os sintomas dessa patologia muitas das vezes considerando a criança com problemas patológicos como simplesmente uma criança indisciplinada, outros genitores desconhecem as prováveis causas da TDAH e relacionam algumas atitudes destas crianças a problemas comportamentais ignorando os critérios biológicos da patologia e sua necessidade de tratamento.

Outra situação curiosa em relação ao tratamento da TDAH deve-se ao uso indiscriminado do metilfenidato por pessoas não diagnosticadas para melhora de desempenho e concentração. Tal fato demonstra a falta de cumprimento da legislação já que o metilfenidato trata-se de um medicamento sujeito a controle especial conforme a portaria 344/98 e caracteriza uso irracional da droga por não haver realmente a indicação clínica para uso.

Neste trabalho observamos a necessidade de continuidade através de outros critérios de diagnósticos para confirmação, observamos que o uso de escalas apesar de importante não deve ser o único instrumento para diagnóstico, já que se faz necessário, pois em algumas situações o paciente pode apresentar dilemas que possam interferir no diagnóstico. Observamos que apesar de muitas escalas diagnósticas, existem diferenças significativas em relação à prevalência quando utilizadas.

Deve haver uma orientação aos pais e professores para que as crianças possam aderir ao tratamento, melhorando de forma acentuada a qualidade de vida das mesmas, já que os casos diagnosticados em adultos na verdade se tratam de crianças não diagnosticadas.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESMAN, RA. The Diagnosis and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Pediatric Patients. **Care Comp J Clin Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 66-77, Prim. 2001.

BENNETT, F.C.; BROWN, R.T.; CRAVER, J.; ANDERSON, D. – Stimulant Medication for the Child with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. **Pediatr Clin North Am** 46:929-44, 1999.

BENCZIK, E. B. P. **Manual da escala de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BENCZIK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: atualização diagnóstica e terapêutica. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=AeTN3wMqRwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=\(EBP+BENCZIK\).&ots=Z\\_RHWoJP93&sig=DCeUEBGVdHv\\_vtQLaULkiMzAtM#v=onepage&q=\(EBP%20BENCZIK\).false](http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=AeTN3wMqRwC&oi=fnd&pg=PA13&dq=(EBP+BENCZIK).&ots=Z_RHWoJP93&sig=DCeUEBGVdHv_vtQLaULkiMzAtM#v=onepage&q=(EBP%20BENCZIK).false)>. Acesso em: 29 maio 2012.

CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822009000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

CARDOSO, Fernando Luiz; SABBAG, Samantha; BELTRAME, Thais Silva. **prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares**. Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum. 2007;9(1):50-54. Disponível em: <<http://www.rbcdh.ufsc.br/DownloadArtigo.do?artigo=330>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

COUTINHO, Gabriel *et al* . Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

DESIDERIO, Rosimeire C. S.; MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 11, n. 1, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572007000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572007000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

FARAONE, S. V.; SERGEANT, J, Gillberg C.; BIEDERMAN, J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? **World Psychiatry**, v. 2, p. 104-13,.2003.

FARRÉ, A.; NARBONA, J. **EDAH**: escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones; 2001.

FONTANA, Rosiane da Silva et al . Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 1, Mar. 2007 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2007000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000100027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2012.

FREIRE, Antonio Carlos Cruz; PONDE, Milena Pereira. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 2b, June 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004282X2005000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2005000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2012.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642008000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642008000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 maio 2012.

JOU, Graciela Inchausti de et al . Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, Apr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722010000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2012.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristics (ROC) analysis. **Psychol Med.**, v.15, p. 651-9, 1986.

OLIVEIRA, Célia G.; ALBUQUERQUE, Pedro B. Diversidade de Resultados no Estudo do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Psicologia - Teoria e Pesquisa**, Universidade do Minho, Portugal, v. 25, n. 1, p. 093-102, jan.-mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a11v25n1.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

ORTEGA, Francisco *et al* . A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAUJO, Alexandra Prufer de Queiroz Campos. Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 65, n. 4a, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004282X2007000600033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2007000600033&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2012.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo; ARAÚJO, Alexandra Prufer de Queiroz Campos. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

POETA, Lisiane Schilling; ROSA NETO, Francisco. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2012.

POSSA, Marianne de Aguiar; SPANEMBERG, Lucas; GUARDIOLA, Ana. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 2b, jun. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000300021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000300021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

ROHDE, Luis Augusto *et al* . Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

ROHDE, Luis Augusto *et al* . Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

ROMAN, Tatiana; ROHDE, Luis Augusto; HUTZ, Mara Helena. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 4, Oct. 2002. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 jun. 2012.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 20 março 2012

SANTOS, Leticia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 4, Dec. 2010 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

SCAHILL, L.; SCHWAB-STONE, M, Merikangas KR, et al. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.38, p. 976-984, 1999.

SEGENREICH, Daniel; MATTOS, Paulo. Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH: uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832004000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

SIQUEIRA, Heloise Helena; LOVISI, Giovanni Marcos. **Critérios diagnósticos usados para Avaliar a prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes**. 2004. Cadernos Brasileiros de Medicina. Disponível em: <<http://www.neurologiarj.com.br/publica/2004.24A.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

SWANSON, J. M. **SNAP-IV Scale**. Irvine, CA: University of California Child Development Center, Califórnia, 1995.

VASCONCELOS, Marcio M. *et al* . Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 1, mar. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2003000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2012.

VITOLO, Ymara Lúcia Camargo *et al* . Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jun. 2012.

WILENS, T. E.; SPENCER, T. J. The Stimulants revisited. **Child Adolesc Psychiatry Clin North Am.**, v. 9, p. 573-603, 2000.

Monografia revisada de acordo às Normas da ABNT vigente de 2011.

*Célia Romano do Amaral Mariano*

Biblioteconomista CRB1/1528

# APÊNDICES

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE TDAH EM CRIANÇAS**

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntario de uma pesquisa sobre a análise da prevalência de déficit de TDAH em crianças na cidade de Ceres-GO, que tem por finalidade coletar dados estritamente utilizados para complementar informações necessários ao trabalho de Conclusão de Curso (CURSO DE FARMÁCIA 2008/2012 FACULDADE DE CERES). Lembrando que não contará nestes dados: nome, nº de documentos, endereço e ou telefones.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Profº. Menandes Alves de Souza Neto

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Eleozipedes Luiz De Freitas Neto, Paulo Henrique Oliveira Mendes, Thiago Parreira Alencar.

#### **Objetivo:**

O objetivo deste trabalho é coletar dados (através de questionário de Conners com 42 perguntas) relacionados a detecção de Déficit de Atenção/Hiperatividade em crianças de ambos os sexos na cidade de Ceres-GO. Para fins de trabalho de conclusão de curso (CURSO DE FARMÁCIA 2008/2012 FACULDADE DE CERES).

#### **Procedimentos:**

A pesquisa será realizada de forma aleatória na população de Ceres durante o período de Março e Abril de 2012, utilizando-se de 42 perguntas do questionário de Conners como instrumentos para obtenção de dados para a pesquisa.

O voluntario não terá nenhum prejuízo ou risco ao participar da pesquisa, assim também como não haverá nenhuma gratificação ou remuneração compensatória ao participante. Por outro lado, os benefícios que poderão receber quanto ao acompanhamento e diagnostico de sintomas do distúrbio por parte dos pesquisadores seriam fundamentais a titulo de informação e orientação, como buscar tratamento médico adequado, usar medicação somente com prescrição médica.

-----  
**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu \_\_\_\_\_

Abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador(a) \_\_\_\_\_ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Me foi garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Ceres \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012 \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito

# **ANEXOS**

## Anexo A – Questionário de Conners

Faculdade de Ceres

### QUESTIONÁRIO DE CONNERS PARA PAIS

Escala de CONNERS (1984) e cols. apud COSTA (2002)

Sexo:	Idade:	Data:	Horário:
-------	--------	-------	----------

*Marque com uma cruz a coluna que melhor descreva o comportamento habitual de seu filho (a), seguindo a pontuação:*

NUNCA = 0; ÀS VEZES = 1; FREQUENTEMENTE = 2; SEMPRE = 3.

		0	1	2	3
1	Se desperta durante a noite				
2	Tem medo diante de novas situações				
3	Tem medo de gente				
4	Tem medo de estar sozinho				
5	Preocupa-se com doenças e mortes				
6	Mostra-se tenso e rígido				
7	Apresenta sacudidas ou espasmos musculares				
8	Apresenta tremores				
9	Sente dores de cabeça				
10	Sente dores de estômago				
11	Tem vômitos				
12	Queixa-se de enfermidades e dores				
13	Deixa-se levar por outras crianças				
14	Desafia e intimida os demais				
15	É valente (arrogante) e desrespeita os seus superiores (insolente)				
16	É descarado com adultos				
17	É tímido diante de amigos				
18	Tema não agradar a seus amigos				

19	Tem amigos				
20	É malicioso com seus irmãos				
21	Briga constantemente				
22	Critica muito outras crianças				
23	Aprende na escola				
24	Gosta de ir à escola				
25	Tem medo de ir a escola				
26	Desobedece a normas da escola				
27	Mente, culpando os demais dos seus erros				
28	Realiza roubos a seus pais				
29	Realiza roubos na escola				
30	Rouba em lojas, em barracas e em outros lugares				
31	Tem problemas com polícia				
32	Pretende fazer tudo bem feito (perfeito)				
33	Necessita fazer sempre as coisas da mesma maneira				
34	Tem objetivos muito altos (sonhar alto)				
35	Distrai-se facilmente				
36	Mostra-se nervoso e inquieto				
37	Não pode ficar quieto				
38	Sobe em todas as partes				
39	Desperta muito cedo				
40	Não fica quieto durante as refeições				
41	Se começa a fazer alguma coisa, repetidamente, é impossível parar				
42	Seus atos dão a impressão de serem movidos por um motor				