



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS

UniEVANGÉLICA

RONISCLEYTON DE LIRA DE GOMES

THÉLIA CRUZ DE SOUZA

**PRESENÇA DE COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO DE DÉFICIT
DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM UMA AMOSTRA AMBULATORIAL**

Anápolis

2017

RONISCLEYTON DE LIRA DE GOMES

THÉLIA CRUZ DE SOUZA

**PRESENÇA DE COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM UMA AMOSTRA AMBULATORIAL**

Trabalho de Curso apresentado como parte da exigência para a graduação no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

Orientador: Prof. Humberto de Sousa Fontoura
Coorientadora: Prof. Talita Braga

Anápolis

2017

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

**A Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade da Medicina – UniEvangélica**

Eu, Prof^(a) Orientador _____ venho,
respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)**

_____, estão com a versão final do
trabalho intitulado _____pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

Anápolis, ____ de _____ de _____.

Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

Introdução: O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é a doença psiquiátrica mais prevalente em crianças, mais comum em meninos e frequentemente apresenta comorbidades relacionadas a transtornos psiquiátricos com desenvolvimento neurológico de início na infância. O TDAH apresenta elevado risco de múltiplas doenças mentais e dificuldades sociais, bem como mortalidade prematura na vida adulta. **Objetivo:** Averiguar a prevalência de comorbidades em crianças e adolescentes com TDAH no ambulatório da PAX - Instituto de Psiquiatria em Goiânia – Goiás. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal e abordagem analítica incluindo 88 pacientes com idade igual ou inferior a 18 anos diagnosticados com TDAH. Os dados foram coletados a partir de registros médicos e analisados por medidas de tendência central, de dispersão e estatística inferencial. **Resultados e discussão:** A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (85.2%), e possuíam diversas comorbidades associadas - transtorno bipolar (3.4%), retardo mental (10%), autismo (2.3%), transtorno desafiador e transtorno de conduta (2.3%). Referente aos sintomas e as comorbidades psiquiátricas, apenas o sintoma agressividade estabeleceu significância estatística quando relacionado às comorbidades. O metilfenidato foi o tipo de prescrição mais frequente. **Conclusão:** O estudo concluiu que o TDAH apresenta elevada prevalência principalmente no sexo masculino e associação com outras comorbidades psiquiátricas, persistindo na vida adulta e apresentando prejuízos que se estendem a diversas áreas de atuação. Isso reforça a necessidade de um adequado manejo clínico, estudos e pesquisas complementares, preferencialmente longitudinais.

Palavras chave: Comorbidade. Pediatria. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade.

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most prevalent psychiatric disorder in children, more common in boys and often has comorbidities related to psychiatric disorders with neurological development in early childhood. ADHD presents a high risk of multiple mental illnesses and social difficulties, as well as premature mortality in adult life. **Objective:** To determine the prevalence of comorbidities in children and adolescents with ADHD in the clinic of PAX - Instituto de Psiquiatria in Goiânia - Goiás. **Methodology:** It was performed a quantitative research with cross-sectional and analytical approach including 88 patients diagnosed with ADHD aged under 18 years. The data were collected from medical records and analyzed by measures of central tendency, dispersion and inferential statistics. **Results and discussion:** The majority of the patients were male (85.2%), and had several associated comorbidities - bipolar disorder (3.4%), mental retardation (10%), autism (2.3%), 2.3%). Regarding the symptoms and psychiatric comorbidities, only the aggressive symptom had statistical significance when related to comorbidities. Methylphenidate was the most frequent type of prescription. **Conclusion:** The study concluded that ADHD has a high prevalence mainly in males and an association with other psychiatric comorbidities, persisting in adult life and presenting damages that extend to several areas of practice. This reinforces the need for adequate clinical management, complementary studies and researches, preferably longitudinal studies.

Key words: Comorbidity. Pediatrics. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Fisiopatologia	8
2.2 Epidemiologia.....	9
2.3 Diagnóstico	9
2.4 Comorbidades relacionadas.....	10
2.5 Tratamento	12
2.6 Debates e controvérsias na comunidade científica.....	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos	14
4 MÉTODOS.....	15
4.1 Tipologia do estudo.....	15
4.2 Local e período da pesquisa	15
4.3 População estudada	15
4.3.1 Amostragem.....	15
4.3.2 Critérios de inclusão na amostra	15
4.3.3 Critérios de exclusão da amostra.....	16
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	16
4.5 Riscos.....	16
4.6 Benefícios	17
4.7 Instrumento de coleta de dados e recrutamento	17
4.8 Tabulação e análise dos dados	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO.....	28
BIBLIOGRAFIA	29
APÊNDICES	33
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	33
APÊNDICE B – Termo de assentimento do menor.....	36
APÊNDICE C - Declaração da instituição coparticipante.....	38
APÊNDICE D – Check list.....	40

ANEXOS	41
ANEXO A – Parecer do comitê de ética	41

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é uma doença de causas genéticas que acomete o sistema neurobiológico geralmente diagnosticada durante o período da infância e que acompanha o mesmo por toda sua vida. Possui características sintomatológicas de agitação e impulsividade, mudança comportamental ou sintomatologia combinada sendo que, as crianças portadoras dessa doença, estão pré-dispostas a padrões de impulsividade (PTACEK et al., 2014).

Estudos demonstram que o TDAH é a doença psiquiátrica que tem maior prevalência durante o período da infância, chegando a acometer mais de 5% das crianças em idade escolar em todo o mundo, cuja a sintomatologia permanece em até 65% na idade adulta sendo que 2.5% tem a doença diagnosticada apenas na fase adulta. No Brasil estudos mostram semelhança na prevalência da doença em diferentes regiões, indícios de que o transtorno não está relacionado a fatores culturais ou modo de educação familiar (CORTESE et al., 2013).

O TDAH é mais comum nos meninos do que nas meninas e comorbidade relacionadas a transtornos psiquiátricos com desenvolvimento neurológico de início da infância são frequentemente apontadas. O TDAH é altamente hereditário e multifatorial; múltiplos genes e fatores não herdados contribuem para a desordem. Os fatores pré-natais e perinatais têm sido implicados como riscos, mas as causas definidas permanecem desconhecidas. A maioria das diretrizes recomenda uma abordagem gradual para o tratamento, começando com intervenções não farmacológicas e depois mudança para tratamento farmacológico nas pessoas mais severamente afetadas. No TDAH, é afirmado maior risco de múltiplas doenças mentais e dificuldades sociais, bem como mortalidade prematura na vida adulta (THAPAR; COOPER, 2016).

O TDAH apresenta sintomas persistentes e prejudiciais de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Crianças com TDAH podem ser negativamente identificadas ou tratadas de forma diferente na escola e em casa (VERKUIJL; PERKINS; FAZEL, 2015).

Os sintomas do TDAH, diagnosticados principalmente em crianças, muitas vezes persistem na idade adulta. Os adultos neste grupo têm uma alta taxa de outros problemas psiquiátricos e dificuldades funcionais em várias áreas-chave, como o desempenho acadêmico, as relações interpessoais e o emprego (EPSTEIN; PATSOPOULOS; WEISER, 2014).

Várias situações são observadas em que o TDAH é o diagnóstico psiquiátrico mais relevante em relação a sua urgência, como o risco de acidentes, risco de suicídio e adição,

exposição à violência ou risco de abuso sexual, o que favorece o surgimento de algumas comorbidades psiquiátricas relacionadas como o transtorno bipolar, autismo e compulsão alimentar (REINHARDT; REINHARDT, 2013).

Conforme afirmado por Verkuil, Perkins e Fazel (2015), ainda há muitas controvérsias sobre esse tema. O diagnóstico e o tratamento do TDAH causam debate inclusive dentro da saúde, educação, mídia e público em geral. Por isso, reforça-se a necessidade de estudos com elevado nível de evidência que possam determinar os fatores e comorbidades relacionados a essa doença.

Diante do exposto e sendo o TDAH configurada como uma das funções cercadas de grandes desafios e conhecimentos, questiona-se: existe relação entre as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes em crianças e adolescentes e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fisiopatologia

Embora a etiologia exata do TDAH ainda seja desconhecida, foram aventadas hipóteses de redução da função cerebral baseadas em várias observações de volume cerebral reduzido ou diminuição da funcionalidade a nível da massa cinzenta e branca no cérebro, levando a déficits em processamento cognitivo, atenção, planejamento motor, velocidade de processamento de respostas e outras questões comportamentais observadas (CORTESE, 2012).

O córtex pré-frontal, núcleo caudado, e o cerebelo são apontadas como as principais áreas responsáveis pelos déficits no TDAH. Essas áreas estão interligadas por uma rede de neurônios e, em conjunto, regulam a atenção, pensamentos, emoções, comportamentos e ações. Os pacientes com TDAH demonstram uma maturação mais lenta ou um menor volume e atividade reduzida do córtex pré-frontal, caudado ou cerebelo (ARNSTEN; PLISZKA, 2011). O TDAH é associado a um padrão de inativação nas regiões fronto-striatal-insular-cerebelo envolvidas no autocontrole, noções temporais e impulsividade (NORMAN et al., 2017).

A densidade do receptor dopamina em várias regiões cerebrais de pacientes com TDAH é menor do que normal. Isso é justificado por polimorfismos dos genes que codificam a dopamina nestes pacientes (FUSAR-POLI et al., 2012).

Alterações na sinalização de catecolaminas e na morfologia cortical têm sido apontadas como respostas à fisiopatologia do TDAH. As diferenças individuais na espessura cortical nas regiões com receptores de dopamina, correlacionam-se com a gravidade dos sintomas de TDAH. Juntos, esses achados aumentam a evidência de associação entre transmissão de dopamina e morfologia cortical, e sugerem que essas relações são alteradas em adultos com TDAH sem tratamento (CHERKASOVA et al., 2017).

Em termos de compreensão dos mecanismos moleculares envolvidos no TDAH, a hipótese hipodopaminérgica é preditiva de comportamentos associados ao distúrbio em seres humanos. Foi observado que após o nascimento, a tirosina hidroxilase e o DAT1 (transportador de dopamina) tem expressão significativamente reduzida no mesencéfalo e transitoriamente durante o primeiro mês de desenvolvimento. Além disso, quando comparado com indivíduos sem a doença, a atividade de absorção de dopamina de alta afinidade é significativamente reduzida em sinapses, observadas no estriado de crianças a partir 1 mês de

idade. Isso evidencia a hipótese hipodopaminérgica na patogênese do TDAH (GOLD et al., 2014).

2.2 Epidemiologia

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) está entre os problemas neurocomportamentais mais comuns que afligem as crianças entre 6 e 17 anos de idade. Sua prevalência nos Estados Unidos varia de 2% a 18% nesta faixa etária (SHARMA; COUTURE, 2014).

O TDAH atrai atenção significativa por causa de sua elevada incidência (0,2-12,2%) em crianças sendo o diagnóstico mais frequente entre crianças que são encaminhadas para departamentos de psiquiatria (ÖZTOPRAK et al., 2017).

Na população geral, a prevalência estimada do TDAH em crianças é de 3 a 4% (IC95%: 2,6 – 4,5) com taxas mais baixas de aproximadamente 1 a 4% relatados para europeus. Comparações internacionais mostram que a prevalência não varia de acordo com a localização geográfica mas é influenciado pela heterogeneidade nos métodos de avaliação e diagnóstico. Com relação ao sexo, a proporção é de 3 a 4 meninos com TDAH para cada 1 menina (THAPAR; COOPER, 2016).

Embora o TDAH seja o transtorno neurocomportamental da infância mais comum e com conseqüências adversas bem documentadas na adolescência e na idade adulta, 60-80% dos casos não são diagnosticados. O rastreio de rotina não é praticado na maioria dos serviços pediátricos ambulatoriais e pouca informação existe sobre os fatores associados à condição nos países em desenvolvimento (WAMITHI et al., 2015).

2.3 Diagnóstico

Os três principais sintomas do TDAH são desatenção, hiperatividade e impulsividade. Em combinação, estes sintomas na maioria das vezes, manifestam-se em crianças com mau desempenho escolar. Essas crianças são frequentemente descritas como "agitadas" e têm pouca consciência do perigo. As interações sociais podem ser problemáticas devido ao alto nível de movimentação, consciência reduzida do espaço dos outros, impulsividade, e incapacidade de manter um jogo ou conversa por mais de alguns minutos. Tais dificuldades e o TDAH podem, muitas vezes, permanecer sem diagnóstico até mais tarde quando as demandas acadêmicas se tornam maiores (VERKUIJL; PERKINS; FAZEL, 2015).

O TDAH pode ser reconhecido como predominantemente hiperativo impulsivo, predominantemente desatento, e um tipo combinado, caracterizado por uma combinação dos dois primeiros subtipos (SHARMA; COUTURE, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a edição, *American Psychiatric Association*, 2013) determina que o diagnóstico de TDAH dar-se-á pelos seguintes critérios:

“A.1. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção (duração mínima de 6 meses):

a) Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras; b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra; d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais; e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante; g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades; h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa; i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

2. Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade (duração mínima de 6 meses):

a) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; c) frequentemente corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado; d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer; e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age com se estivesse "a todo vapor"; f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade (duração mínima de 6 meses)

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

B. Alguns sintomas de hiperatividade – impulsividade ou desatenção que causam prejuízo devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho e em casa, por exemplo).

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

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental.”
(*American Psychiatric Association* [APA], 2013, p.59-60)

2.4 Comorbidades relacionadas

Algumas comorbidades estabelecem relação com o TDAH, a saber: Desordem desafiadora de oposição e transtorno de conduta; transtorno do espectro de autismo (com taxas de prevalência de 20-50%); Distúrbios Tic; Má coordenação motora; Dificuldades de

aprendizagem específicas; Distúrbios do sono; Distúrbios emocionais; Transtorno bipolar; Transtorno de uso de substâncias; Síndrome alcoólica fetal (VERKUIJL; PERKINS; FAZEL, 2015; SHARMA; COUTURE, 2014).

Existem poucos estudos específicos que investigam a fundo a relação de comorbidade entre TDAH e transtorno de ansiedade, por exemplo, embora sejam transtornos psiquiátricos prevalentes. Sabe-se, contudo, que a taxa de prevalência dessas comorbidades associadas é elevada (KOYUNCU et al., 2017).

Há uma correlação importante entre TDAH e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Em ambos os distúrbios, a impulsividade tem sido postulada como sintoma determinante no diagnóstico. Apesar dos seus perfis de sintomas muito distintos, com TDAH caracterizado por problemas de falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, e TOC definido como a presença de pensamentos recorrentes e intrusivos e compulsões, a associação entre ambos os transtornos é reafirmada, ao serem analisadas regiões específicas no cérebro, nas quais as alterações são compartilhadas durante o comportamento impulsivo (NORMAN et al., 2017).

Há relatos de que o TDAH por vezes é comórbido com transtorno do espectro autista. Crianças com ambos os distúrbios associados apresentam menor funcionamento cognitivo, deficiência social mais grave e maiores atrasos no funcionamento adaptativo do que as crianças com transtorno do espectro autista apenas. As implicações para a prática clínica incluem a necessidade de avaliar os sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em uma idade precoce em crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista a fim de determinar melhor a relação entre os dois distúrbios (RAO; LANDA, 2014).

Doenças do espectro do autismo (TEA) e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) são dois dos transtornos do desenvolvimento neurológico mais comuns, e as altas taxas de co-ocorrência entre estes dois distúrbios aumentaram a intrigante possibilidade de que o TEA e o TDAH podem compartilhar caminhos de desenvolvimento e fatores de risco (JOHNSON et al., 2015).

O TDAH e o transtorno bipolar são distúrbios do neurodesenvolvimento com início na infância e início da adolescência, que comumente persistem na idade adulta. Na maioria dos casos o diagnóstico diferencial entre ambas as patologias é complicado devido aos distúrbios co-ocorrentes e apresentações complexas. Na maioria dos casos não complicados, a aparência de humor deprimido, distúrbios do sono e comportamentos agressivos são mais relacionados ao transtorno bipolar. O comportamento é exibido em torno de gastos excessivos (dinheiro); promiscuidade; e uso de substâncias (tabaco, álcool). Por outro lado, inquietação e

desatenção, e desempenhos desorganizados, distração e esquecimento, muitas vezes apontam para TDAH (MARANGONI; DE CHIARA; FAEDDA, 2015).

2.5 Tratamento

Quanto ao tratamento, as orientações são divergentes a depender dos protocolos seguidos. A diretriz norte-americana não exclui o uso de tratamento farmacológico para pré-escolares ou para aqueles com TDAH suave, ao contrário das recomendações na Europa, onde uma abordagem gradual é recomendada. Se o tratamento farmacológico for prescrito, deve estar em conjunto com intervenções comportamentais - gerenciamento de sala de aula otimizado, educação psico-parental e comportamental. Quanto ao tratamento farmacológico, estimulantes como o metilfenidato e a dexainfetamina são os tratamentos farmacológicos de primeira linha para TDAH (THAPAR; COOPER, 2016).

Embora os estimulantes (metilfenidato) sejam a medicação de primeira linha para o TDAH, os antipsicóticos de segunda geração, nomeadamente a risperidona, são freqüentemente utilizados. Os estimulantes, ao serem avaliados por escala de eficácia farmacológica, demonstram um efeito médio a grande com relação à agressividade nos pacientes com TDAH. Em menor proporção em termos de eficácia, também exercem um papel fundamental no comportamento de oposição, problemas de conduta e desatenção. Em segundo plano, os antipsicóticos de segunda geração (risperidona), vem sendo cada vez mais utilizados para gerenciar agressão, mesmo no contexto do TDAH (PRINGSHEIM et al., 2015).

Os antipsicóticos, no entanto, são freqüentemente associados a eventos adversos significativos, especialmente ganho de peso, efeitos adversos metabólicos, extrapiramidais efeitos colaterais e níveis aumentados de prolactina (MASI et al., 2017).

Os antidepressivos tricíclicos às vezes são usados como segunda linha de tratamento na redução dos sintomas em crianças e adolescentes com TDAH. No entanto, sua eficácia ainda não é conhecida (OTASOWIE et al., 2014).

2.6 Debates e controvérsias na comunidade científica

Algumas questões sobre o TDAH ainda não estão bem estabelecidas, sendo necessários estudos adicionais a fim de determinar melhores protocolos e condutas. Ainda não se sabe a duração ideal para tratamentos medicamentosos e quais são seus efeitos a longo

prazo; Quais são as melhores estratégias de sala de aula para gerenciar TDAH e como elas podem ser implementadas para apoiar crianças e funcionários; Se o treinamento dos pais é melhor realizado individualmente ou em grupos; se os tratamentos podem ser adaptados para subgrupos específicos com TDAH; Se o rastreamento do TDAH e as comorbidades associadas devem ser rastreados em crianças com baixo desempenho escolar rotineiramente; qual o papel de jogos, aplicativos e mídia digital no gerenciamento do TDAH; e quais são os resultados a longo prazo do TDAH quando as crianças se tornam adultos e quais são as melhores opções de tratamento para adultos (MILLER et al., 2013; MOORE et al., 2015; MONCRIEFF; TIMIMI, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Averiguar a prevalência de comorbidades em crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no ambulatório da PAX - Instituto de Psiquiatria em Goiânia – Goiás.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar a frequência de comorbidades psiquiátricas, medicações em uso e principais sintomas em crianças e adolescentes com TDAH atendidas no ambulatório da PAX - Instituto de Psiquiatria em Goiânia – Goiás.

- Identificar a relação entre as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes associadas ao TDAH e o sexo (feminino e masculino).

- Correlacionar as comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH e os sintomas de desatenção, hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, agitação, agressividade, insônia e dificuldade de aprendizado.

- Comparar os sintomas psiquiátricos mais frequentes relacionados à idade das crianças com TDAH.

4 MÉTODOS

4.1 Tipologia do estudo

Pesquisa de campo do tipo exploratória, quantitativa, com delineamento transversal e abordagem analítica.

4.2 Local e período da pesquisa

O estudo foi realizado no ambulatório da PAX - Instituto de Psiquiatria, Goiânia, Goiás, durante os anos 2016 e 2017. O recorte temporário utilizado quanto à seleção dos prontuários relacionados ao ano de atendimento dos pacientes incluiu o período entre 2010 e 2017.

4.3 População estudada

A característica definidora da população foi: indivíduos com idade inferior ou igual a 18 anos, com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pelos critérios DSM 5 e em seguimento ambulatorial na PAX - Instituto de Psiquiatria, Goiânia, Goiás. O número total de pacientes foi obtido através dos registros internos hospitalares totalizando 88 pacientes com diagnóstico de TDAH (n = 88) de um total de 200 pacientes em acompanhamento psiquiátrico.

4.3.1 Amostragem

Toda a população foi analisada, sendo assim, nenhuma medida inferencial foi necessária, e a obtenção de amostra desconsiderada.

4.3.2 Critérios de inclusão na amostra

- Preencher os critérios diagnósticos para TDAH.
- Possuir idade inferior ou igual a 18 anos.

- Apresentar registro no serviço ambulatorial da PAX – Instituto de Psiquiatria em Goiânia.
- Voluntariar-se à participação na pesquisa e o responsável legal assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.3 Critérios de exclusão da amostra

- Registros incompletos.
- Pacientes que interromperam o seguimento ambulatorial na PAX antes do ano da coleta dos dados.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

Respeitando as exigências do protocolo ético científico, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UniEvangélica em 12/11/2016 e segue em tramitação desde esta data. Os aspectos éticos foram respeitados em todo o processo de elaboração da pesquisa. Antes do início da coleta dos dados, os pesquisadores enviaram um termo aos responsáveis pela instituição participante (PAX - Goiânia) e obtiveram a autorização formal e total apoio para a realização da pesquisa. Este projeto foi submetido conforme os padrões éticos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o número CAAE 62295516.7.0000.5076.

O projeto, contudo, segue em tramitação ética aguardando aprovação pelo CEP. Considerando que: a pesquisa apresenta grande importância para a comunidade científica atual pela relevância do tema; o projeto foi desenvolvido seguindo com rigor a Resolução 466/2012 do CNS; havia falta de tempo hábil para a construção de um novo projeto que não exigisse tramitação no CEP; a coleta dos dados se daria exclusivamente por meio de registros e não haveria contato com os pacientes, e finalmente, dada a necessidade de apresentação do trabalho em um tempo limite, os pesquisadores conjuntamente aos seus discentes decidiram: iniciar a coleta dos dados e proceder com a pesquisa para a apresentação do trabalho de curso e apenas publicar os resultados em artigos científicos e congressos após a aprovação pelo CEP.

4.5 Riscos

Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo compreendem a identificação, constrangimentos e exposição, bem como a perda ou danificação dos prontuários. Os procedimentos para minimizar os riscos são: a abordagem para coleta de dados será em ambiente reservado cedido pela unidade de saúde, o anonimato dos indivíduos será mantido durante toda a pesquisa e os nomes, bem como números dos prontuários serão codificados por letras aleatórias. Para evitar que os registros sejam avariados, a coleta dos dados será feita por meio das cópias compactadas dos prontuários eletrônicos fornecidas pela equipe da clínica.

4.6 Benefícios

O benefício desta pesquisa baseia-se na compreensão acerca da relação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes. Dessa forma, o trabalho pode servir como coadjuvante a outros estudos, auxiliando o meio científico a desenvolver mais meios e técnicas em prol daqueles que padecem desses males. Sendo que aqueles pacientes que tiverem diagnóstico confirmado receberão devida atenção e tratamento, do médico assistente, conforme suas necessidades pessoais. Contando, assim, com melhora na qualidade de vida incluindo orientações medicamentosas e não farmacológicas mais adequadas.

4.7 Instrumento de coleta de dados e recrutamento

Os prontuários foram fornecidos pela coordenação da PAX e separados em dois grupos: pacientes com TDAH e sem TDAH. Após a relação dos pacientes com TDAH, foi realizado um levantamento das datas de consultas de rotina agendadas destes e feita uma programação de coleta de dados segundo esse inventário. Os pesquisadores aproveitaram essas datas de consulta para a obtenção do Termo de Assentimento de Menor e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com os pais ou responsáveis pelas crianças. Os registros dos pacientes com TDAH foram avaliados segundo os dados da última consulta.

Os dados foram obtidos através de prontuários eletrônicos e do preenchimento de um *checklist* disposto no Anexo – A. As informações obtidas foram referentes aos dados epidemiológicos mais importantes, as variáveis categóricas a serem analisadas (comorbidades, sexo, sintomas, medicações em uso) e informações sobre o desfecho principal (TDAH). O

checklist foi preenchido pelos próprios pesquisadores após análise dos registros dos pacientes e tabulados no *Excel* em seguida (ver detalhes na subseção 4.8).

4.8 Tabulação e análise dos dados

Após aquisição no *checklist*, os dados foram tabulados no *Microsoft Excel 2016* (16.0.6769.2017). Para isso, as variáveis qualitativas foram categorizadas em códigos numéricos e as quantitativas mantidas em escala intervalar.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 22.0. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão e aplicado o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov a fim de estabelecer a simetria entre estas variáveis, atribuindo $p < 0.05$ para fuga da normalidade.

Para as variáveis nominais, utilizou-se o teste Qui-quadrado, avaliando se havia diferença significativa entre duas variáveis e entre as frequências esperadas e observadas. Para tanto, atribui-se $p < 0.05$ para nível adequado de significância. Para as variáveis qualitativas, também foi utilizado o teste T *Student* para amostras independentes, sendo $p < 0.05$ o ponto de corte para significância, e o valor de “t” negativo rejeitando a hipótese de associação. Convém explicitar ainda que, quanto maior o valor de “t”, maior a associação entre as duas variáveis analisadas na comprovação da hipótese. Antes da aplicação do teste T, foi realizado o teste de Levine (F) para testar a hipótese de igualdade de variâncias, sendo que: $F > 0.05$ afirma que as variâncias são iguais entre as amostras.

5 RESULTADOS

Foram analisados 88 pacientes com idade mínima e máxima de 4 e 18 anos respectivamente, com média de 11 anos (DP=3.4). Não houve diferença entre a distribuição dos pacientes por idade (*Kolmogorov-Smirnov*[KS] = 1.025), sendo a população homogênea. Dentre os indivíduos analisados, 85.2% (n=75) eram do sexo masculino e 14.8% (n=13) do sexo feminino. A prevalência de TDAH na população estudada foi de 44% (n=88).

Relacionada à frequência de comorbidades associadas ao TDAH, o retardo mental apresentou maior valor (10.2%, n=9), seguida do transtorno bipolar (3.4%, n=3). O autismo correspondeu a 2.3% (n=2) dos pacientes, bem como o transtorno desafiador e transtorno de conduta. Tais informações podem ser observadas na tabela 1.

Em monoterapia ou associado, o metilfenidato foi o medicamento mais utilizado nestes pacientes. Em monoterapia correspondeu a uma frequência de 54.6% (n=48) entre os pacientes. O metilfenidato associado a antipsicótico de segunda geração (risperidona) foi prescrito em 17% (n=15) dos casos e olanzapina em 1.1% (n=1). Outros medicamentos como antidepressivos e estabilizadores do humor (carbonato de lítio) foram utilizados em menor escala, conforme apresentado na tabela 1.

Concernente aos sintomas, a desatenção apresentou maior frequência nessa população (50%, n=44), seguido da hiperatividade (42%, n=37). Outros sintomas como impulsividade, irritabilidade, agitação, agressividade, insônia e dificuldade de aprendizado também puderam ser observados em menor proporção, consoante à tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Frequência de comorbidades psiquiátricas, medicações em uso e principais sintomas em indivíduos com TDAH atendidos na PAX - Goiânia

.....continua

Variável categórica		N	%
Comorbidades	Nenhuma	72	81.8
	Transtorno Bipolar	3	3.4
	Retardo mental	9	10.2
	Autismo	2	2.3
	Transtorno Desafiador/Conduta	2	2.3
Medicações em uso	Risperidona e ritalina	15	17.0
	Ritalina	48	54.6
	Ácido Valpróico e Ritalina	4	4.5
	Ácido Valpróico, Risperidona e Ritalina	5	5.7
	Imipramina	2	2.3
	Fluoxetina e Ritalina	4	4.5

Tabela 1 - Frequência de comorbidades psiquiátricas, medicações em uso e principais sintomas em indivíduos com TDAH atendidos na PAX - Goiânia

.....término			
	Variável categórica	N	%
Sintomas	Hiperatividade	37	42.0
	Irritabilidade	13	14.8
	Agitação	17	19.3
	Agressividade	17	19.3
	Insônia	6	6.8
	Dificuldade de aprendizado	16	18.2
	Impulsividade	7	8.0
Total		88	100.0

Legenda: TDAH – Transtorno com déficit de atenção e hiperatividade

Relacionado às comorbidades psiquiátricas nessa população de crianças e adolescentes com TDAH, ao ser avaliado o sexo, em todas as comorbidades a prevalência foi maior no sexo masculino. O transtorno desafiador e de conduta apresentou a mesma proporção entre os sexos (50%, n=1). Não houve significância estatística entre o sexo e as comorbidades (p=0.56). Essas informações podem ser estudadas na tabela 2:

Tabela 2 - Relação entre as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes associadas ao TDAH e o sexo na PAX - Goiânia

Comorbidades		Sexo	
		Masculino % (n)	Feminino % (n)
Comorbidades	Nenhuma	84.7% (61)	15.2% (11)
	Transtorno Bipolar	100% (3)	0% (0)
	Retardo mental	88.8% (8)	11.1% (1)
	Autismo	100% (2)	0% (0)
	Transtorno Desafiador/Conduta	50% (1)	50% (1)
Total		85.2% (75)	14.7% (13)

Nota: Estatística inferencial com teste qui quadrado e p=0.56

Legenda: TDAH – Transtorno com déficit de atenção e hiperatividade

Referente aos sintomas e as comorbidades psiquiátricas, os pacientes com transtorno bipolar apresentaram além de desatenção e hiperatividade (66,7%), p=0.09, agressividade e insônia na mesma proporção (33.3%), p=0.008 e 0.11, respectivamente. Crianças com retardo mental, apresentaram uma proporção menor de hiperatividade (44.4%), p=0.12 e maior de dificuldade de aprendizado (44.4% vs 0% com p=0.21). A manifestação clínica dos pacientes com autismo deu-se exclusivamente por agressividade (50%, p=0.008) e desatenção (100%, p=0.09). Referente ao transtorno desafiador e de conduta, 50% dos pacientes apresentavam

desatenção ($p=0.09$) e irritabilidade ($p=0.10$) e 100% cursavam com agressividade ($p=0.008$), conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Relação entre as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes associadas ao TDAH e principais sintomas na PAX - Goiânia

	Comorbidades										Total	
	Nenhuma		Transtorno Bipolar		Retardo mental		Autismo		Transtorno desafiador/conducta		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Desatenção	3	45.8	2	66.7%	6	66.7%	2	100	1	50%	4	50.0
	3	%						%			4	%
Hiperatividade	3	43.1	2	66.7%	4	44.4%	0	0%	0	0%	3	42.0
	1	%									7	%
Irritabilidade	1	16.7	0	0.0%	0	0.0%	0	0%	1	50%	1	14.8
	2	%									3	%
Agitação	1	18.1	2	66.7%	1	11.1%	0	0%	1	50%	1	19.3
	3	%									7	%
Agressividade	1	18.1	1	33.3%	0	0.0%	1	50%	2	100%	1	19.3
	3	%									7	%
Insônia	5	6.9%	1	33.3%	0	0.0%	0	0%	0	0%	6	6.8%
Dificuldade de aprendizado	1	16.7	0	0.0%	4	44.4%	0	0%	0	0%	1	18.2
	2	%									6	%
Impulsividade	6	8.3%	0	0.0%	1	11.1%	0	0%	0	0%	7	8.0%

Legenda: TDAH – Transtorno com déficit de atenção e hiperatividade

Para a investigar se o aumento progressivo da idade dos pacientes estaria diretamente relacionado à manifestação dos sintomas psiquiátricos mais prevalentes, foi aplicado o teste T de *Student*. Ambas as amostras de variáveis analisadas (sintomas e idade) eram independentes, com distribuição normal ($KS = 1.025$) e com a mesma variância ($F > 0.05$) para todos os sintomas calculados separadamente. Ver mais detalhes da interpretação estatística em tabulação e análise dados na subseção 4.8.

Segundo esta análise, os sintomas psiquiátricos cujas frequências aumentam quanto maior a idade dos pacientes com TDAH são: desatenção ($p=0.07$), irritabilidade ($p=0.88$), agressividade ($p=0.77$), e dificuldade do aprendizado ($p=0.32$). A hiperatividade, sintoma frequente, não apresentou com a correlação com a faixa etária ($p=0.09$), sendo que pode estar presente em indivíduos mais e menor jovens. Essas informações constam com detalhes na tabela 4.

Tabela 4 – Relação estatística entre os sintomas psiquiátricos mais frequentes e a idade em crianças com TDAH

	Valor de t aplicado à		IC 95%	
	idade	p		
Desatenção	1.81	0.07	-0.13	2.78
Hiperatividade	-1.70	0.09	-2.74	0.21
Irritabilidade	0.15	0.88	-1.92	2.23
Agitação	-0.64	0.52	-2.46	1.26
Agressividade	0.30	0.77	-1.59	2.15
Insônia	-1.34	0.18	-4.85	0.94
Dificuldade de aprendizado	0.99	0.32	-0.96	2.86
Impulsividade	-0.61	0.54	-3.55	1.88

Nota: Aplicado o teste T de *Student* para amostras independentes. O valor negativo de t rejeita a hipótese nula de associação entre o sintoma e a idade para esta análise. Considerado $p < 0.05$ para significância estatística.
 Legenda: TDAH – Transtorno com déficit de atenção e hiperatividade.

6DISCUSSÃO

Nosso estudo analisou 88 pacientes com idade entre 4 e 18 anos (média =11; DP=3.4). A maioria das crianças e adolescentes com TDAH (85.2%, n=75) eram do sexo masculino, enquanto apenas 14.8% (n=13) pertenciam ao sexo feminino.

Em concordância aos nossos achados, Thapar e Cooper (2016) em seu artigo de revisão afirmam que a proporção quanto ao sexo na prevalência de TDAH é de 3 a 4 meninos para 1 menina. Porém, ao serem observadas maiores amostras em populações clínicas, essa proporção pode aumentar para cerca de 7 a 8: 1. A mesma preponderância masculina é vista para outros distúrbios do desenvolvimento neurológico, como a desordem de espectro do autismo, deficiência intelectual e distúrbios de comunicação.

Um estudo transversal recente realizado na Uganda, encontrou que crianças menores de 10 anos tinham quatro vezes maior probabilidade de ter TDAH (OR 4,1, IC 95%: 1,7-9,6, $p < 0,001$). Os fatores demográficos independentemente associados ao TDAH foram menores de 10 anos, gênero masculino, histórico de falência vaginal anormal materna durante a gravidez e sem escolaridade formal ou o nível mais alto de ensino primário (WAMULUGWA et al., 2017).

Contrariamente aos resultados encontrados pelos demais estudos e pelo nosso, um coorte retrospectivo realizado na Turquia avaliou 20 pacientes com TDAH encontrando uma estimativa de 45% indivíduos do sexo feminino e idade média dos pacientes de 26,60 anos (DP: 5,9) (KOYUNCU et al., 2017). Essa diferença é justificada pela diferença amostral deste estudo (n=20) e idade dos pacientes (adultos e não pediátricos).

Quanto à apresentação clínica do TDAH relacionado ao sexo, não parece haver diferença, embora haja disparidade na prevalência entre os sexos. Uma revisão de 73 estudos buscou averiguar a relação entre a apresentação do TDAH quanto ao gênero/sexo. Foi concluído que muitas dessas diferenças de gênero podem ser, pelo menos, parcialmente atribuídas a artefatos metodológicos dos estudos analisados ou influências sociais e culturais, em vez de diferenças fundamentais na expressão de TDAH em homens e mulheres. O estudo concluiu que não há diferença entre a apresentação clínica do TDAH segundo o sexo (WILLIAMSON; JOHNSTON, 2015).

A prevalência de TDAH na população do hospital psiquiátrico foi bastante elevada (44%, n=88). Contrariamente, uma revisão sistemática indicou que a prevalência de TDAH na comunidade global está entre 2% e 7%, com uma média de cerca de 5%. Pelo menos mais 5% das crianças têm dificuldades substanciais com hiperatividade, desatenção e impulsividade

(apresentam sintomas, porém não suficientes para preencherem os critérios diagnósticos da doença) (SAYAL et al., 2017).

Um estudo transversal realizado em um hospital de cuidados terciários de Unidade de acidentes e emergência, incluiu crianças de 6 a 12 anos a fim de determinar a prevalência de sintomas de TDAH nessa população. A prevalência de sintomas condizentes com TDAH foi de 6,3% (IC 95%; 3,72-10,33) em 240 crianças estudadas (WAMITHI et al., 2015).

A diferença entre as prevalências dos estudos se justifica provavelmente por um viés de seleção presente em nosso estudo, visto que a pesquisa foi realizada em um ambiente cujos pacientes todos apresentavam transtornos psiquiátricos. O viés de seleção não foi evitado, visto que o interesse principal do estudo não era o cálculo da prevalência do TDAH, sim da frequência das comorbidades, e neste caso, o viés de seleção nos seria favorável.

Nosso estudo averiguou a existência de diversas comorbidades ao TDAH: transtorno bipolar, retardo mental, autismo, transtorno desafiador e transtorno de conduta. Dentre eles, o retardo mental apresentou maior valor (10.2%, n=9). Koolwijk e colaboradores (2014), com relação aos transtornos identificados em pacientes com e sem TDAH (52,4%), obteve as seguintes frequências de comorbidades: Transtorno de comunicação (4.2%); Desordem de aprendizagem (2.8%); Deficiência intelectual (1.4%); Transtorno de coordenação do desenvolvimento (0,0%); Transtorno cognitivo, não especificado de outra forma (0,0%).

O autismo correspondeu a 2.3% (n=2) dos pacientes da PAX. Essa prevalência de autismo foi inferior à encontrada em outros estudos.

Mansour e colaboradores (2017), por exemplo, avaliaram a relação entre TDAH e autismo através da análise de 99 crianças com transtorno de espectro de autismo (TEA) encontrando que o TDAH foi o diagnóstico comórbido mais frequente correspondendo a 86% dos indivíduos. O estudo também revelou que à medida em que a gravidade do TDAH aumenta, existe uma maior probabilidade de ter mais diagnósticos psiquiátricos comórbidos - mas não há maior probabilidade de se ter sintomas ou diagnósticos mais graves.

Um estudo longitudinal e prospectivo incluiu 162 crianças (100 homens), com idades entre os 4-8 anos a fim de determinar se há relação de comorbidade positiva entre TDAH e autismo. Foi descoberto que 29% da amostra de crianças com autismo também apresentaram níveis clinicamente significativos de TDAH. O grupo de pacientes com os dois transtornos associados foi significativamente mais prejudicado no funcionamento cognitivo, social e adaptativo do que o grupo com autismo apenas (RAO; LANDA, 2014).

Um artigo de revisão recente considerou o autismo e o TDAH como transtornos do desenvolvimento neurológico que além de serem prevalentes, compartilham fatores de risco

ambientais. Também afirmou que a mesma relação de prevalência entre os sexos masculinos e feminino aplicada ao TDAH é comum ao autismo (JOHNSON et al.; 2015).

Nosso estudo também averiguou baixa prevalência de transtorno desafiador e transtorno de conduta (2.3%, n=2), bem como outros registros na literatura. Wamithi e colaboradores (2015) também identificaram que sintomas relacionados a transtorno desafiante oposicionista, ansiedade, depressão e problemas de conduta não foram significativamente associados ao grupo de sintomas do TDAH.

Assim também, um estudo retrospectivo incluiu 144 pacientes com idade entre 7 e 11 anos com diagnóstico de TDAH (54,2%) e demais hípidas. Neste estudo, o diagnóstico psiquiátrico comórbido mais comum com TDAH foi transtorno de ansiedade (10,3%), e o menos comum foi desordem desafiadora de oposição (2,6%) e o transtorno de conduta (nenhum) (KOOLWIJK et al., 2014).

A prevalência de transtorno bipolar na população de crianças e adolescentes com TDAH da PAX foi de 3.4% (n=3). Um estudo de coorte retrospectivo realizado em pacientes de mesma idade (< 17) inclui 22.797 casos diagnosticados com TDAH e com idade média de 7.8 anos. Destes pacientes, 1,604 (7,0%) foram diagnosticados com transtorno bipolar. A frequência encontrada por este estudo foi o dobro da encontrada em nossa população. O estudo também averiguou que pacientes com transtorno bipolar associado a TDAH tem maiores chances de desenvolverem transtorno de conduta, transtorno desafiador de oposição, transtorno de ansiedade e transtorno de uso de substâncias que pacientes com TDAH e sem bipolaridade. Tais afirmações não foram investigadas em nosso estudo por não haver longitudinalidade. As chances de uma criança com TDAH desenvolver transtorno bipolar foram significativas (oddsratio ajustado [aOR] = 4.01) (JERRELL; MCINTYRE; PARK, 2014).

Um outro estudo prospectivo envolvendo 1277 adolescentes com TDAH e 5640 controles, com 7 anos de seguimento, obteve os seguintes resultados: indivíduos com TDAH tem maior chance de desenvolverem transtorno depressivo unipolar em relação aos controles (23,0% versus 13,0% p <0,001) e transtorno bipolar (3,4% contra 2,2%, p <0,001) (CHEN et al., 2013).

A prevalência de transtorno bipolar encontrada em nosso estudo foi inferior ao de outras pesquisas. Isso se deve provavelmente a diferenças amostrais.

O metilfenidato foi o medicamento mais prescrito na população de crianças e adolescentes com TDAH na PAX, correspondendo a uma frequência de 54.6% (n=48) para monoterapia.

Koyuncu e colaboradores (2017) ao avaliarem a resposta terapêutica ao uso de metilfenidato em 20 pacientes com TDAH e transtorno de ansiedade associados, averiguaram que: um total de 18 dos 20 pacientes usaram liberação estendida de metilfenidato em uma duração média de 6,66 semanas (DP: 1,94) e uma dose média de 27,5mg / dia (DP: 10,45). Os dois pacientes descontinuaram a droga no início do tratamento, devido a dores de cabeça e perda de apetite, e ansiedade, desconforto, palpitações e tremor, respectivamente. Apenas um paciente não respondeu à monoterapia.

Uma metanálise dedicou-se a avaliar 11 ensaios randomizados (474 participantes) que compararam o metilfenidato de liberação imediata versus placebo em participantes com TDAH. O DM (diferença das médias entre medicação e placebo) para o resultado de hiperatividade foi de -0,60 (IC 95%: -1,11 a -0,09); O DM para impulsividade foi de -0,62 (IC95%: -1,08 a -0,17); e o DM por falta de atenção foi -0,66 (IC 95% -1,02 a -0,30). Todos os resultados foram a favor do metilfenidato de liberação imediata. Os efeitos do metilfenidato de liberação imediata sobre ansiedade e depressão como parâmetros de alterações gerais no estado mental foram equívocos. A análise de subgrupos comparando doses altas versus baixas não indicou que doses mais elevadas de metilfenidato de liberação imediata foram associadas com maior eficácia (EPSTEIN; PATSOPOULOS; WEISER, 2014).

O metilfenidato associado a antipsicótico de segunda geração (risperidona) foi prescrito em 17% (n=15) dos casos e olanzapina em 1.1% (n=1). Um estudo recente avaliou 20 pacientes do sexo masculino tratados com metilfenidato (idade média, $8,95 \pm 1,67$ anos) e outros 20 meninos tratados com risperidona (idade média, $9,35 \pm 2,72$ anos), seguidos por 6 meses, e avaliados de acordo com medidas de eficácia. O estudo concluiu que ambos os tratamentos resultaram efetivamente na redução do comportamento agressivo. Contudo, somente o metilfenidato foi efetivo nos problemas de déficit de atenção / hiperatividade (MASI et al., 2017).

Antidepressivos foram prescritos em menor escala (tricíclicos/imipramina em 2.3%, n=2 e Inibidor da Recaptação Seletiva de Serotonina/Fluoxetina em 4.5%, n=4).

Uma metanálise incluiu 6 estudos (216 participantes) a fim de determinar a eficácia do tratamento com antidepressivos tricíclicos (ADT) em pacientes com TDAH. O ADT superou o placebo (OddsRatio [OR]: 18,50, IC 95%: 6,29 a 54,39). Nortriptilina foi eficaz na melhoria dos sintomas centrais do TDAH em crianças e adolescentes conforme avaliado por clínicos (OR 7,88, IC 95%: 1,10 a 56,12) (OTASOWIE et al., 2014).

Um artigo de revisão identificou que a combinação de medicamentos e tratamentos comportamentais foi semelhante em termos de medicação apenas (SAYAL et al., 2017).

Sayal e colaboradores (2017) também afirmam que o tratamento farmacológico para crianças com idade entre 3 e 5 anos com TDAH está associado com menor eficácia e mais efeitos colaterais do que para crianças mais velhas, sendo que 25% desses pacientes tem o tratamento descontinuado.

Referente aos sintomas psiquiátricos, a desatenção apresentou maior frequência (50%, n=44), seguido da hiperatividade (42%, n=37). Outros sintomas como impulsividade (8%, n=7), irritabilidade (14.8%, n=13), agitação (19.3%, n=17), agressividade (19.3%, n=17), insônia (6.8%, 6) e dificuldade de aprendizado (18.2%, 16) também puderam ser observados em menor proporção.

Em concordância aos nossos achados, uma avaliação transversal recente realizada em 3574 indivíduos com TDAH no Brasil concluiu que indivíduos com TDAH apresentam predominantemente sintomas desatentos. Especificamente, a prevalência dos sintomas foi: falha em prestar atenção aos detalhes (43.4%), dificuldade em organizar tarefas (50%), dificuldade em manter a atenção (60%), esquecimento (45%), perder as coisas (35,5%). (VITOLA et al., 2017).

7 CONCLUSÃO

O TDAH é uma condição que merece investigação devido a sua elevada prevalência, associação com outras comorbidades psiquiátricas, persistência na vida adulta e prejuízos que se estendem a diversas áreas de atuação do paciente acometido.

Nosso estudo identificou que a maioria dos pacientes acometidos pelo TDAH pertencem ao sexo masculino, e que possuem diversas comorbidades associadas (transtorno bipolar, retardo mental, autismo, transtorno desafiador e transtorno de conduta), sendo que o retardo mental foi o de maior frequência. Referente aos sintomas e as comorbidades psiquiátricas, apenas o sintoma agressividade estabeleceu significância estatística quando relacionado às comorbidades.

O metilfenidato em monoterapia foi o tipo de prescrição mais prevalente na população analisada, e secundariamente quando em associação à risperidona. Quanto aos sintomas psiquiátricos, a desatenção apresentou maior frequência, seguido da hiperatividade. O estudo também concluiu que alguns sintomas psiquiátricos têm suas frequências aumentadas quanto maior a idade (desatenção, irritabilidade, agressividade e dificuldade de aprendizado).

As dificuldades enfrentadas pelo estudo relacionam-se à limitação da amostra e ao delineamento do estudo, que não permitiu estabelecer além da frequência e presença de associação, relação de causalidade entre as variáveis analisadas. Não foi possível explicar qual evento foi o desencadeador (se o TDAH ou as demais comorbidades).

Compreender as vias causais compartilhadas e distintas para TDAH e distintas comorbidades psiquiátricas requer estudos prospectivos e longitudinais. Sugere-se que pesquisas futuras avaliem o funcionamento neurocognitivo infantil em relação ao diagnóstico categórico posterior de diferentes condições, e a avaliações dimensionais de uma variedade de domínios de sintomas dentro do mesmo coorte.

BIBLIOGRAFIA

ARNSTEN, A. F.; PLISZKA, S. R. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. **PharmacolBiochemBehav**, v. 99, n. 2, p. 211-6, Aug 2011. ISSN 1873-5177. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295057> >.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

CHEN, M. H. et al. Higher risk of developing mood disorders among adolescents with comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and disruptive behavior disorder: a nationwide prospective study. **J Psychiatr Res**, v. 47, n. 8, p. 1019-23, Aug 2013. ISSN 1879-1379. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23643104>>.

CHERKASOVA, M. V. et al. Differential Associations between Cortical Thickness and Striatal Dopamine in Treatment-Naïve Adults with ADHD vs. Healthy Controls. **Front Hum Neurosci**, v. 11, p. 421, 2017. ISSN 1662-5161. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28878639>>.

CORTESE, S. The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know. **Eur J Paediatr Neurol**, v. 16, n. 5, p. 422-33, Sep 2012. ISSN 1532-2130. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22306277>>.

CORTESE, S. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity? **BMC Psychiatry**, v. 13, p. 286, Nov 2013. ISSN 1471-244X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24200119>>.

EPSTEIN, T.; PATSOPOULOS, N. A.; WEISER, M. Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 9, p. CD005041, Sep 2014. ISSN 1469-493X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230710>>.

FUSAR-POLI, P. et al. Striatal dopamine transporter alterations in ADHD: pathophysiology or adaptation to psychostimulants? A meta-analysis. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 3, p. 264-72, Mar 2012. ISSN 1535-7228. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22294258>>.

GOLD, M. S. et al. Low dopamine function in attention deficit/hyperactivity disorder: should genotyping signify early diagnosis in children? **Postgrad Med**, v. 126, n. 1, p. 153-77, Jan 2014. ISSN 1941-9260. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393762> >.

JERRELL, J. M.; MCINTYRE, R. S.; PARK, Y. M. Correlates of incident bipolar disorder in children and adolescents diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 75, n. 11, p. e1278-83, Nov 2014. ISSN 1555-2101. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470092>>.

JOHNSON, M. H. et al. Annual research review: Infant development, autism, and ADHD--

early pathways to emerging disorders. **J ChildPsycholPsychiatry**, v. 56, n. 3, p. 228-47, Mar 2015. ISSN 1469-7610. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266278>>.

KOOLWIJK, I. et al. "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. **J DevBehavPediatr**, v. 35, n. 9, p. 591-7, 2014 Nov-Dec 2014. ISSN 1536-7312. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25343695>>.

KOYUNCU, A. et al. Extended-release methylphenidate monotherapy in patients with comorbid social anxiety disorder and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: retrospective case series. **TherAdvPsychopharmacol**, v. 7, n. 11, p. 241-247, Nov 2017. ISSN 2045-1253. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29090087>>.

MANSOUR, R. et al. ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). **Res DevDisabil**, v. 60, p. 52-64, Jan 2017. ISSN 1873-3379. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27889487>>.

MARANGONI, C.; DE CHIARA, L.; FAEDDA, G. L. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. **CurrPsychiatry Rep**, v. 17, n. 8, p. 604, Aug 2015. ISSN 1535-1645. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084666>>.

MASI, G. et al. A Naturalistic Comparison of Methylphenidate and Risperidone Monotherapy in Drug-Naive Youth With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbid With Oppositional Defiant Disorder and Aggression. **J ClinPsychopharmacol**, v. 37, n. 5, p. 590-594, Oct 2017. ISSN 1533-712X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28806385>>.

MILLER, A. C. et al. Reading comprehension in children with ADHD: cognitive underpinnings of the centrality deficit. **J AbnormChildPsychol**, v. 41, n. 3, p. 473-83, Apr 2013. ISSN 1573-2835. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23054132>>.

MONCRIEFF, J.; TIMIMI, S. The social and cultural construction of psychiatric knowledge: an analysis of NICE guidelines on depression and ADHD. **AnthropolMed**, v. 20, n. 1, p. 59-71, Apr 2013. ISSN 1469-2910. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23496174>>.

MOORE, D. A. et al. Non-Pharmacological Interventions for ADHD in School Settings: An Overarching Synthesis of Systematic Reviews. **J AttenDisord**, Mar 2015. ISSN 1557-1246. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25755258>>.

NORMAN, L. J. et al. Neural dysfunction during temporal discounting in paediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychiatry Res**, v. 269, p. 97-105, Nov 2017. ISSN 1872-7123. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988149>>.

OTASOWIE, J. et al. Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 9, p. CD006997, Sep 2014. ISSN 1469-493X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25238582>>.

ÖZTOPRAK, H. et al. Machine-based classification of ADHD and nonADHD participants

using time/frequency features of event-related neuroelectric activity. **ClinNeurophysiol**, v. 128, n. 12, p. 2400-2410, Sep 2017. ISSN 1872-8952. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29096213> >.

PRINGSHEIM, T. et al. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. **Can J Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 52-61, Feb 2015. ISSN 1497-0015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886656> >.

PTACEK, R. et al. Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. **MedSciMonit**, v. 20, p. 608-13, Apr 2014. ISSN 1643-3750. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24727744> >.

RAO, P. A.; LANDA, R. J. Association between severity of behavioral phenotype and comorbid attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders. **Autism**, v. 18, n. 3, p. 272-80, Apr 2014. ISSN 1461-7005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23739542> >.

REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. A. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 2, p. 124-30, 2013 Mar-Apr 2013. ISSN 1678-4782. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642421> >.

SAYAL, K. et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. **Lancet Psychiatry**, Oct 2017. ISSN 2215-0374. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29033005> >.

SHARMA, A.; COUTURE, J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Ann Pharmacother**, v. 48, n. 2, p. 209-25, Feb 2014. ISSN 1542-6270. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259638> >.

THAPAR, A.; COOPER, M. Attention deficit hyperactivity disorder. **Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1240-50, Mar 2016. ISSN 1474-547X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26386541> >.

VERKUIJL, N.; PERKINS, M.; FAZEL, M. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. **BMJ**, v. 350, p. h2168, May 2015. ISSN 1756-1833. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25994532> >.

VITOLA, E. S. et al. Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. **PsycholMed**, v. 47, n. 4, p. 744-754, Mar 2017. ISSN 1469-8978. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27866484> >.

WAMITHI, S. et al. Cross-sectional survey on prevalence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms at a tertiary care health facility in Nairobi. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 9, n. 1, p. 1, 2015. ISSN 1753-2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25657818> >.

WAMULUGWA, J. et al. Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children; a cross-sectional study. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 11, p. 18, 2017. ISSN 1753-2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28413441> >.

WILLIAMSON, D.; JOHNSTON, C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. **ClinPsycholRev**, v. 40, p. 15-27, Aug 2015. ISSN 1873-7811. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26046624> >.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade relacionado a compulsão Alimentar

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Prevalência da Comorbidade entre Compulsão Alimentar e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma Amostra Ambulatorial de Psiquiatria da Infância e Adolescência”. Desenvolvida por Nathine Maria Martins Assunção, Roniscleyton de Lira Gomes e Thélia Cruz de Souza, discente de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Humberto de Sousa Fontoura e coorientação da Professora Talita Braga.

O objetivo central do estudo é analisar a relação entre o TDAH e o transtorno da compulsão alimentar, tendo como consequências, exemplificadas, do sobrepeso a obesidade. O convite a sua participação se deve a partir de alguns critérios, sendo eles a idade superior a 6 anos e menor que 18 anos, ter vínculo de atendimento na instituição (PAX- Clínica Psiquiátrica) e ter alta suspeita clínica de TDAH.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas sendo os dados do estudo utilizado somente para fins de trabalho de conclusão de curso. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Dessa forma, os nomes serão abreviados apenas pelas iniciais, e qualquer outro fator que buscar fazer menção a sua identidade será removido. Além de que, o material será

armazenado em local seguro e a manipulação deste documento ocorrerá exclusivamente pelos pesquisadores treinados para tal.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

No decorrer da pesquisa você será pesado, sua altura será medida em um tempo de duração de aproximadamente vinte minutos e a aplicação de questionário aproximadamente trinta minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Somando o tempo de resposta do questionário ao tempo de procedimentos de examinacao, temos uma estimativa de cinquenta minutos. Caso apresente desconforto mediante o tempo, você será colocado em cadeiras dispostas na sala disponibilizada pela PAX, para o seguinte projeto.

O uso destes é considerado, seguro mas é passível de riscos. Sendo eles a violação de confidencialidade das informações contidas nesse registro e como utilizaremos tais informações. Tal risco será totalmente minimizado pois garantiremos o sigilo total de qualquer informação coletada do paciente. Sobre a utilização das informações dos questionários e fichas, os dados do estudo serão utilizados somente para fins de trabalho de conclusão de curso, contudo, serem utilizados para publicação em artigos científicos, bem como apresentado em congressos e similares, os quais serão guardados por 5 anos em poder dos pesquisadores, e após esse período serão destruídos. Conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA”. Outro possível risco para os pacientes seria a desorganização ou qualquer outro comprometimento dos questionários. Esse risco será perfeitamente minimizado, pois garantiremos que a manipulação destes documento ocorrerá exclusivamente pelos pesquisadores treinados para tal.

Como benefício, este estudo será uma ferramenta essencial para a compreensão a cerca da Relação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Alimentar. Desta forma, poderá proporcionar a elaboração de medidas preventivas para a população e de promoção da saúde no combate a obesidade. Fazendo assim, melhora na qualidade de vida, de maneira direta aos pacientes já diagnosticados incluindo medidas como orientações nutricionais mais adequadas - com a mudança dos hábitos alimentares - e estimulação de atividades físicas. Ajudando assim os médicos assistentes dos casos diagnosticados a elaborar medidas de controle efetiva.

Além disso, este levantamento de dados contribuirá com o meio acadêmico científico através de publicações e apresentações em congressos da área.

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) UniEVANGÉLICA

Contato com os(as) pesquisadores(as) responsável(is): Thélia Cruz de Souza (062) 9090 99669-8891 e Roniscleyton de Lira Gomes (062) 9090 981714041

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante. Declaro ter sido devidamente informados e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 2017, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

***Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA: Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736
E-Mail: cep@unievangelica.edu.br***

APÊNDICE B – Termo de assentimento do menor**TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR**

Você está recebendo um convite para participar da pesquisa “Prevalência da Comorbidade entre Compulsão Alimentar e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma Amostra Ambulatorial de Psiquiatria da Infância e Adolescência”. Para isso, seus pais permitiram que você participe. Afinal, queremos saber a relação do transtorno, que faz de você desatento, com a compulsão, com o fato de você comer muito, dentro do seu tratamento.

As crianças que vão participar dessa pesquisa têm de 06a18 anos de idade. Caso não queira participar, é uma vontade sua, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na PAX- Clínica Psiquiátrica- Instituto de Neurociências, onde você responderá algumas perguntas. Para isso, serão usados questionários e algumas medidas como o seu peso e altura. O uso destes é considerado, seguro mas é possível ocorrer riscos. Sendo eles a violação de confidencialidade das informações contidas nesse registro e como utilizaremos tais informações. Tal risco será totalmente minimizado pois garantiremos o sigilo total de qualquer informação coletada do paciente. Sobre a utilização das informações dos questionários e fichas, os dados do estudo serão utilizados somente para fins de trabalho de conclusão de curso, contudo, serem utilizados para publicação em artigos científicos, bem como apresentado em congressos e similares, os quais serão guardados por 5 anos em poder dos pesquisadores, e após esse período serão destruídos. Outro possível risco para os pacientes seria a desorganização ou qualquer outro comprometimento dos questionários. Esse risco será perfeitamente minimizado, pois garantiremos que a manipulação destes documento ocorrerá exclusivamente pelos pesquisadores treinados para tal. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (062) 99669-8891 da pesquisadora Thélia Cruz de Souza ou pelo (062) 9090 981714041 do pesquisador Roniscleyton de Lira Gomes.

Como benefício, este estudo será uma ferramenta essencial para a compreensão acerca da Relação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Alimentar. Desta forma, poderá proporcionar a elaboração de medidas preventivas para a população e de promoção da saúde no combate a obesidade. Ajudando assim os médicos assistentes dos casos diagnosticados a elaborar medidas de controle efetiva.

Além disso, este levantamento de dados contribuirá com o meio acadêmico científico através de publicações e apresentações em congressos da área.

Além disso, este levantamento de dados contribuirá com o meio acadêmico científico através de publicações e apresentações em congressos da área.

Se você morar longe da PAX-Clínica Psiquiátrica- Instituto de Neurociências, nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem identificar o seu nome usando apenas resultados extraídos da pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou a pesquisadora Nathine Maria, Thélia Cruz De Souza ou Roniseleyton de Lira Gomes. Eu escrevi os telefones na parte de cima desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Prevalência da Comorbidade entre Compulsão Alimentar e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma Amostra Ambulatorial de Psiquiatria da Infância e Adolescência” que tem o objetivo de Analisar a relação entre o TDH e o transtorno alimentar. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar. Mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Página 1/2

Anápolis, ____ de _____ de _____.

Rubrica do participante:

Rubrica do pesquisador:

Assinatura do menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE C - Declaração da instituição coparticipante



Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Relação entre Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e Compulsão Alimentar” realizada por Nathine Maria Martins Assunção, Roniscleyton de Lira Gomes, telefone de contato (062) 9090 981714041, e Thélia Cruz de Souza, telefone de contato (62) 9090 99669-8891, matriculados no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis-UniEvangélica, sob a orientação do professor Humberto de Souza Fontoura e coorientação da Professora Talita Braga, a fim de desenvolver um Trabalho de Conclusão (TC) para a obtenção do título de graduação sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo estabelecer relação entre pacientes portadores do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a presença de compulsão alimentar nestes já diagnosticados com tal transtorno neurobiológico, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se fazer visitas seriadas a PAX Instituto de Psiquiatria, com o devido aval permissivo do instituto, aplicando o questionário ao maior número possível de pacientes com TDAH. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

O uso destes é considerado seguro, mas é possível ocorrer riscos. Sendo estes a violação de confidencialidade das informações contidas nesse registro e como utilizaremos tais informações. Tal risco será totalmente minimizado pois garantiremos o sigilo total de qualquer informação coletada de qualquer paciente. Sobre a utilização das informações dos questionários e fichas, os dados do estudo serão utilizados somente para fins de trabalho de conclusão de curso, contudo, serão utilizados para publicação em artigo científicos, bem como apresentado em congressos e similares, os quais serão guardados por 5 anos em poder dos pesquisadores, e após esse período serão destruídos. Outro possível risco para os pacientes seria a desorganização ou qualquer outro

comprometimento dos questionários. Esse risco será perfeitamente minimizado, pois garantiremos que a manipulação destes documento ocorrerá exclusivamente pelos pesquisadores treinados para tal e exclusivamente dentro da própria unidade de saúde.

Como benefício, este estudo será uma ferramenta essencial para a compreensão acerca da Relação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Alimentar com consequente sobrepeso ou até mesmo obesidade podendo, assim, servir, como coadjuvante a outros estudos, para auxiliar o meio científico a desenvolver mais meios e técnicas com o objetivo de auxiliar aqueles que padecem desses males. Sendo que aqueles pacientes que tiverem diagnóstico confirmado receberão devida atenção e tratamento, do médico assistente, conforme suas necessidades pessoais. Além do mais, será de suma importância para a população no geral por conta de conhecermos a real dimensão do problema nos permitindo proporcionar a elaboração de medidas preventivas, ações e/ou campanhas a respeito e melhora na qualidade de vida das crianças como um todo.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de novembro de 2017.
Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE D–Checklist

- 1) Código da ficha: _____
- 2) Sexo: () F () M
- 3) Naturalidade: _____
- 4) Data de nascimento: ____/____/____
- 5) Idade: _____
- 6) Data da primeira consulta: ____/____/____
- 7) Possui TDAH? () Sim () Não
- 8) Data do diagnóstico do TDAH: ____/____/____
- 9) Idade na época do diagnóstico: _____
- 10) Possui alguma doença associada? () Sim () Não
- 11) Se sim, qual? _____
- 12) Queixa principal na última consulta:

- 13) Medicamentos em uso:

Medicação	Posologia	Dose

- 14) Faz uso de algum método não medicamentoso para tratamento? ()
Sim () Não
- 15) Documentada alguma falha terapêutica durante o tratamento? ()
Sim () Não
- 16) O paciente já abandonou o tratamento por algum momento? () Sim
() Não
- 17) Se sim, quando? _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE COMORBIDADE ENTRE COMPULSÃO ALIMENTAR E TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM UMA AMOSTRA AMBULATORIAL DE PSQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Humberto de Sousa Fontoura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62295516.7.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.064.013

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer n. 1.929.256.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer n. 1.929.256.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer n. 1.929.256.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer n. 1.929.256.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.064.013

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ANÁLISE DAS PENDÊNCIAS:

1) QUANTO AO DOCUMENTO PROJETO.docx de 23/11/2016:

a. Nos objetivos específicos - 1. Relacionar as possíveis comorbidades presentes na associação entre TDAH e compulsão alimentar. Não há instrumento que possa detectar esta relação. 2. Discutir as mudanças necessárias nas atividades de vida diária para melhoria da qualidade de vida dos portadores de TDHA. A metodologia apresentada não contempla esta possibilidade. ADEQUAR.

AVALIAÇÃO: Os objetivos específicos foram reformulados e agora está em conformidade com a metodologia apresentada e os instrumentos previstos. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

b. Na metodologia - 1. Nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825277.pdf e folhaderosto.pdf consta que a amostragem será de 77. No documento PROJETO.docx consta 64 com cálculo amostral apresentado. DEFINIR E ADEQUAR.

AVALIAÇÃO: Apesar do cálculo amostral indicar 64 como quantidade mínima exigida, ou seja, representativa da população alvo, na folha de rosto constam 77. O tamanho da amostra deverá estar padronizado em todos os documentos. Adicionalmente, o cálculo amostral deverá ser a referência principal do pesquisador para evitar que esse número seja excessivo, a fim de evitar o desperdício de recursos e a exposição de participantes a um risco desnecessário. Uma nova folha de rosto deverá ser gerada na plataforma com o tamanho da amostra de 64 participantes assim como indicado no projeto detalhado. A mesma deverá ser novamente assinada e carimbada e anexada a Plataforma Brasil. **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.**

2. Descrever no projeto e TCLE o benefício direto para o participante da pesquisa.

AVALIAÇÃO: Os riscos e benefícios foram descritos adequadamente somente no projeto. Os mesmos deverão ser uniformizados com os documentos TCLE e termo de assentimento do menor, em linguagem acessível ao participante da pesquisa. Adequar e uniformizar esta informação em todos os documentos. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

c. No procedimento para coleta de dados - Especificar o tempo necessário para coleta de dados.

AVALIAÇÃO: O tempo necessário para a coleta de dados foi inserido no projeto e nos TCLEs. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.064.013

d. Descrever detalhadamente a forma de recrutamento de convite (aplicação do TCLE e assentimento do menor aos participantes da pesquisa).

AVALIAÇÃO: Foi inserido o projeto a forma de recrutamento de convite. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

2) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a. No documento `termodeassentimentodomenor.docx` e `TCLEPARAPAISEMENOR.docx` somente há um telefone para contato diferente do que consta em parágrafo adiante. Os telefones deverão ter o prefixo a cobrar 9090.

AVALIAÇÃO: Foram inseridos os telefones. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

b. Consta no `termodeassentimentodomenor.docx` que se caso o voluntário residir longe da PAX, será ofertado dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa. Não há previsão deste custo no orçamento apresentado. Esta possibilidade não consta no `TCLEPARAPAISEMENOR.docx`, que seria o maior interessado no acompanhamento do menor. No caso de disponibilização de recurso financeiro todos os participantes deverão recebê-los. **ADEQUAR.**

AVALIAÇÃO: Foi inserido no orçamento previsão de gastos com transporte, entretanto, já que existe a possibilidade de auxílio para transporte, reforço que este deverá ser ofertado a **TODOS** os voluntários independentemente se este necessitará ou não deste auxílio, respeitando o princípio da **EQUIDADE**. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

c. Acrescentar o tempo necessário para coleta de dados. Consta na metodologia dois questionários relativamente extensos e mais uma aferição de peso x altura. Sugere-se considerar este um possível desconforto. Apresentar as providências que serão empregadas caso a coleta seja demorada. **ADEQUAR.**

AVALIAÇÃO: Foi inserido no TCLE que o desconforto da espera será minimizada com oferta de cadeiras, mas não foi inserido nos TCLEs os pais de menores e nem para os menores. **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.**

d. Os termos de assentimento para o menor deverão ser apresentados de acordo com a faixa etária do menor da criança. **ADEQUAR.**

Endereço:	Av. Universitária, Km 3,5	CEP:	75.083-515
Bairro:	Cidade Universitária		
UF:	GO	Município:	ANAPOLIS
Telefone:	(62)3310-6736	Fax:	(62)3310-6636
		E-mail:	cep@unievangelica.edu.br

Página 02 de 05

e. Readequar as datas dos TCLEs e atualizar o cronograma prevendo a etapa de coleta de dados após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/CONEP.

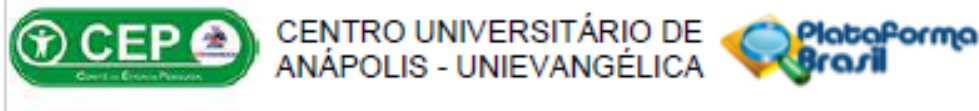
AVALIAÇÃO: Foi alterado e devido as pendências apontadas este deverá ser novamente revisado. **PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.**

f. Descrever no TCLE como será garantida a privacidade e confiabilidade dos dados (os nomes serão substituídos por números e letras?).

AVALIAÇÃO: Este item foi atendido no TCLE do voluntário adulto e do menor, mas não está presente no TCLE dos pais do menor. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.**

REVER TODAS AS PENDÊNCIAS "NÃO ATENDIDAS" E "PARCIALMENTE ATENDIDAS".

Considerações Finais a critério do CEP:



Continuação do Parecer: 2.064.013

/ Brochura Investigador	PROJETOTDAH.docx	21:36:37	Fontoura	Aceito
Outros	Exigenciasatendidas.docx	17/04/2017 21:34:36	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPARAPAISEMENOR.docx	17/04/2017 21:32:52	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeassentimentoTDAH.docx	17/04/2017 21:32:15	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETDAH.docx	17/04/2017 21:31:56	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	scan0002.pdf	23/11/2016 07:52:03	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/11/2016 07:51:08	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodopesquisador.docx	12/11/2016 13:53:55	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito
Outros	IMC.docx	12/11/2016 13:44:13	Humberto de Sousa Fontoura	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 15 de Maio de 2017

Assinado por:
Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br