



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

A Rotina e o Perfil Cognitivo de crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade

Cleudson Felipe Damasceno de Macedo

Belém - Pará

2020



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694, de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

A Rotina e o Perfil Cognitivo de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Cleudson Felipe Damasceno de Macedo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Área de Concentração: Ecoetologia
Orientador (a): Prof.ª Dr.ª Simone Souza da Costa Silva

Belém- Pará

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

M141r **Macedo, Cleidson Felipe Damasceno de, 1992-**
 A rotina e o perfil cognitivo de crianças com e sem
 transtorno de déficit de atenção e hiperatividade / Cleidson
 Felipe Damasceno de Macedo. — 2020.
 96p. il.

Orientador: Simone Souza da Costa Silva
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
 Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de
 Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento,
 Belém, 2020.

1. Psicologia: análise do comportamento. 2. Crianças (perfil
 cognitivo). 3. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade-
 TDAH. 4. Ecoetologia. I. Título.

CDD - 23. ed. 150.77

Catálogo na Fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB2/780



PPGTPC



Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento UFPA

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Cleidson Felipe Damasceno de Macedo, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Contato: Cleidson Felipe Damasceno de Macedo

Mail: felipemacedo_04@hotmail.com



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98 Reconhecido nos termos das Portarias N.º. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Dissertação de Mestrado

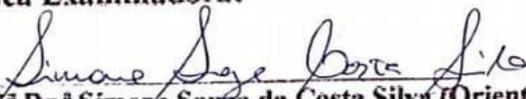
“A Rotina e o Perfil Cognitivo de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”

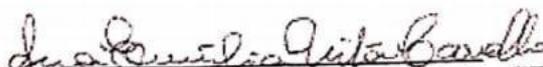
Aluno: Cleidson Felipe Damasceno de Macedo

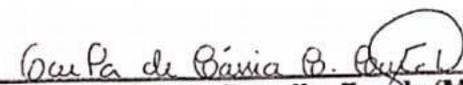
Data da Defesa: 10 de Junho de 2020.

Resultado: Aprovado.

Banca Examinadora:


Prof.ª Dr.ª Simone Souza da Costa Silva (Orientadora – UFPA)


Prof.ª Dr.ª Ana Emília Vita Carvalho (Membro 1 – CESUPA)


Prof.ª Dr.ª Carla de Cássia Carvalho Casado (Membro 2 – UFPA)

(Esta folha fica com o aluno para ser inserida na versão final do trabalho)



Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação Digital no
Repositório Institucional da UFPA

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Cleidson Felipe Damasceno de Macedo RG: 4658581 CPF: 013.396.162.11 E-mail: felipemacedo_04@hotmail.com fone: (91) 981027869
Vínculo com a UFPA: discente de pós graduação Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Tipo do documento: () Tese (X) Dissertação () Livro () Capítulo de Livro () Artigo de Periódico () Trabalho de Evento () Outro. Especifique: _____
Título do Trabalho: A Rotina e o Perfil Cognitivo de crianças com e sem TDAH
Se Tese ou Dissertação: Data da Defesa: 10/06/2020 Área de Conhecimento: Desenvolvimento Humano
Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

- a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

- (X) Sim
() Não

Permitir modificações em sua obra?

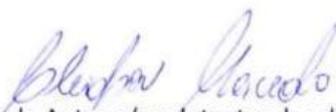
- (X) Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença
() Não

O documento está sujeito a registro de patente?

- (X) sim
() não

A obra continua protegida conforme a Lei Direito Autoral

Belém(PA), 01/09/2020


Assinatura do Autor e/ou detentor dos direitos do autor.

RESUMO

Macedo, C. F. D. (2020). A Rotina e o Perfil Cognitivo de Crianças com e sem Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA, 96 p.

O objetivo deste estudo foi avaliar a Rotina e o Perfil cognitivo de crianças com e sem diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Participaram do estudo 30 crianças no grupo experimental (GE) e 30 crianças no grupo controle (GC), entre 8 a 12 anos. A coleta foi realizada em um centro de saúde e em escolas públicas no município de Belém. Foram utilizados os seguintes instrumentos: O Questionário Clínico e Sócio-demográfico; O inventário de Rotina Ocupacional preenchido pelos cuidadores e pelas crianças para descrever a Rotina; O roteiro de entrevista SNAP IV utilizado para rastreio dos sintomas e o Wisc IV para avaliação do perfil cognitivo. Os resultados apontam que os valores médios obtidos nos índices de Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Velocidade de Processamento (IVP) e QI Total são estatisticamente iguais para ambos os grupos. No entanto, o GE obteve desempenho inferior ao GC no Índice de Memória Operacional (IMO). Nos resultados de Rotina, identificou-se ausência de diferenças estatísticas entre os dois grupos. Além disso, observou-se que as crianças de ambos os grupos gastam mais tempo com atividades de descanso, apresentando elevado nível de satisfação, e lazer, apontando essas atividades como irrelevantes. Ambos os grupos apresentaram dificuldade com a categoria Dever de Casa. Este estudo apresenta contribuições importantes para a literatura, tendo como principais achados as semelhanças da rotina e, do perfil cognitivo, entre crianças com e sem as características do transtorno. Sugere-se estudos com populações maiores para melhor compreensão do tema.

Palavras- Chave: TDAH; Rotina; Cognição.

ABSTRACT

Macedo, C. F. D. (2020). The routine and cognitive profile of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. Masters dissertation. Graduate Program in Behavior Theory and Research. Federal University of Pará, Belém, PA, Brazil, 96 pages.

The objective of this study was evaluate the routine as well as cognitive profile of children with or without Attention Deficit Hyperactivity Disorder diagnosis. 30 children in the experimental group (EG) and 30 children in the control group (CG), between 8 and 12 years old were evaluated. The data was acquired from a health center and public schools in Belém, Pa. The following instruments were used: The clinical and socio-demographic questionnaire; The Occupational Routine inventory was filled out by caregivers and children to describe the Routine; The SNAP IV interview guide was used to track symptoms and; The WISC IVto assess the cognitive profile. The results showed that the average values obtained in Verbal Understanding (ICV), Perceptual Organization (IOP), Processing Speed (IVP) and Total IQ index were statistically equal for both groups. However, GE obtained a lower performance than the GC regarding the Operational Memory Index (IMO). Routine results revealed no statistical differences between two groups. In addition, it was observed that children in both groups spent more time on rest activities, showing higher level of satisfaction, as well as leisure, pointing out these activities as irrelevant. Both groups had difficulty with Homework category, important information to understand the routine of children with ADHD. This study showed important contributions to the literature, having as main findings the similarities concerning the routine and cognitive profile between children with or without the characteristics of disorder. Further studies with larger populations are suggested to improve the understanding concerning this theme.

Key-Words: ADHD; Routine; Cognition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).....	12
1.1.Etiologia.....	14
1.2. Diagnóstico e Avaliação no TDAH.....	17
1.3.Funções executivas no TDAH.....	22
2.O TDAH e a Rotina.....	28
OBJETIVO.....	37
Objetivo Geral.....	37
Objetivos Específicos.....	37
MÉTODO.....	37
Instrumentos.....	39
Procedimentos.....	42
RESULTADOS.....	47
Perfil sociodemográfico e clínico.....	47
Perfil Cognitivo.....	50
Rotina.....	51
Atividades por Tempo e Companhia.....	52
Percepção de Rotina.....	54
DISCUSSÃO.....	62
Perfil Sociodemográfico.....	62
Perfil cognitivo.....	64
Rotina.....	66
Considerações Finais.....	71
REFERÊNCIAS.....	73
Apêndice A.....	88
Apêndice B.....	89

Apêncide C.....	90
Apêncide D.....	93
Apêncide E.....	94
Apêndice F.....	95

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características das crianças do GE e do GC.....	48
Tabela 2. Mínimo, Médio e Máximo da variável relacionada à idade do GC e do GE.....	49
Tabela 3. Características Sociodemográficas dos Cuidadores e ou responsáveis.....	50
Tabela 4. Desempenho por índices do Wisc.....	51
Tabela 5. Tempo de Permanência por Companhia.....	53
Tabela 6. Percepção da Rotina pela criança.....	54

INTRODUÇÃO

1. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos do desenvolvimento mais prevalentes na infância e de forte influência neurobiológica (Araújo, 2020, Rohde & Halpern, 2004; Vasconcelos, Malheiros, Werner, Brito, Barbosa, Santos, & Lima, 2005). Crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) exibem uma quantidade de alterações cognitivas e comportamentais que são consequência direta da própria desordem, e que estão associados a um comprometimento funcional da vida acadêmica, social e familiar, caracterizando-se por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, que devem se manifestar em, no mínimo, dois ambientes, por exemplo casa e escola (APA, 2014)

De acordo com a revisão de literatura de Hora, Silva e Pontes (2015), que teve por objetivo descrever os dados epidemiológicos encontrados por diferentes estudos conduzidos em diferentes países, a incidência do TDAH variou de modo significativo. Na Inglaterra foi encontrado 1,7 %, nos Estados Unidos 16,1% e na Alemanha 17,8 % o que revela uma variação de 2.7% a 31.1%, com média de 11.26%. Polanczyk, et al. (2015), encontrou uma taxa de prevalência de 3,4% de crianças e adolescente com TDAH em 27 países diferentes. Já no Brasil, estudos apontam a prevalência do TDAH em 3 a 6% das crianças em idade escolar (Gomes, 2007; Wajnsztein, 2003). Estudos mais recentes estimam que o TDAH no Brasil atinja cerca de 5,1% das crianças em idade escolar (Arruda, Querido, Bigal, & Polanczyk, 2015).

A variabilidade destes resultados, pode ser explicada pela diversidade dos processos de avaliação, de convenção diagnóstica e o tamanho das amostras (Rohde, 2000, Corso &

Meggiato, 2019). A prevalência também está diretamente relacionada ao sexo, sendo mais incidente no sexo masculino, em uma proporção de 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2014).

As primeiras referências a uma criança hiperativa, são encontradas nos poemas do médico alemão Heinrich Hoffman em 1865, que escreveu sobre muitas das doenças da infância que ele observou em sua prática médica (Stewart, 1970). Mas por décadas, o crédito científico foi sido tipicamente concedido ao médico britânico George Still (1902) por ser o primeiro autor a descrever a condição comportamental em crianças que mais aproximava-se do que é hoje conhecido como TDAH. Still descreveu 43 crianças em sua prática clínica que tiveram sérios problemas com atenção sustentada, demonstrando que esta forma de atenção era um elemento importante no controle moral do comportamento. A maioria das crianças dos casos de Still foram descritas como bastante hiperativas. Muitas foram caracterizadas como agressivas, desafiadoras, resistente à disciplina e excessivamente emocional ou "apaixonadas" e todos mostraram pouca "vontade inibitória" sobre seu comportamento (Lange, et al., 2010; Taylor, 2011; Baumeister, Henderson, Pow, & Advokat, 2012). Mais tarde, descobriu-se a tradução de um capítulo intitulado "Déficit de Atenção" do ano de 1775, escrito por Melchior Adam Weikard. Nele o autor descreveu indivíduos que eram facilmente distraídos por qualquer coisa e apresentavam falta de perseverança e persistência, sendo caracterizados como incautos, descuidados e volúveis.

O TDAH tem sofrido alterações em sua nomenclatura, "dano cerebral mínimo", "disfunção cerebral mínima", "distúrbio cerebral mínimo", "hipercinesia" ou a "síndrome da criança hiperativa" estão entre os diversos termos utilizados para se referir ao transtorno (Martinez-Badía & Martinez-Raga, 2015). Em 1987, as pesquisas que subsidiaram a revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua terceira edição (DSM-III-

R) e quarta edição (DSM-IV), consolidaram o termo “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (APA, 1987, 1994). Atualmente, na sua quinta edição, o DSM-V incluiu o TDAH na categoria “transtornos do neurodesenvolvimento” (APA, 2013). Entretanto, apesar da caracterização sintomatológica, as origens do TDAH ainda são discutidas por inúmeros pesquisadores e especialistas.

1.1. Etiologia

Embora haja uma vasta quantidade de estudos já realizados, as causas do TDAH ainda não foram definidas. Entretanto, a influência dos fatores genéticos, biológicos e ambientais é amplamente aceita na literatura. Tais fatores parecem ocasionar modificações no cérebro em desenvolvimento, resultando em anomalias estruturais e funcionais. Em razão destas ocorrências, alterações relacionadas ao controle atencional e ao grau de atividade ou impulsividade são frequentemente observadas (Desman, Petermann & Hampel, 2008, Kofler, Rapport, Sarver, Raiker, Orban, Friedman, Kolomeyer 2013). Fatores ambientais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, demonstram ter participação relevante na emergência e preservação da doença, pelo menos em alguns casos (Biederman et al, 1995, Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Hall, Sigurdsson Young, Gudjonsson, 2017). No que se refere a estes fatores, uma das abordagens comportamentais, denominada Teoria do Desenvolvimento Dinâmico, descreve o TDAH como consequência de processos alterados de reforçamento¹ e de deficiência na extinção² de comportamentos inadequados. Essa deficiência acarretaria o

¹ Reforçamento: São consequências que se seguem a determinados comportamentos e que aumentam a probabilidade deste voltar a ocorrer.

² Extinção Operante: diminuição na frequência de um comportamento anteriormente reforçado (até sua possível extinção), através da retirada do estímulo reforçador.

excesso de comportamentos (designados como hiperatividade) e crescimento no grau da variabilidade comportamental (interpretado como falha na inibição de respostas). A interação da criança com o ambiente familiar e social permitiria a modificação dos sintomas ao longo de seu desenvolvimento (Sagvolden et al., 2005), Furukawa, Alsop, Caparelli-Dáquer, Erasmo Barbante Casella, Costa, Queiroz, Galvão, Benevides, Jucá-Vasconcelos, Tripp, 2019).

Uma influência hereditária substancial é sugerida pelos geneticistas. Pesquisas com famílias demonstram consistentemente uma recorrência familiar considerável para este transtorno. O risco para o TDAH parece ser de duas a oito vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral. Estudos realizados com gêmeos, apontam uma representatividade do caráter genético em 70-80% da variabilidade do transtorno, e os parentes de primeiro grau das pessoas com TDAH, têm um risco aumentado de 5 a 10 vezes no desenvolvimento do transtorno em si (Farone, et al, 2015). Estudos com gêmeos e adotados são fundamentais para determinar se uma característica é de fato influenciada por fatores genéticos. A concordância obtida entre os pares de gêmeos nada mais é do que uma medida da herdabilidade, que, por sua vez, representa uma estimativa de qual porção do fenótipo é influenciada por fatores genéticos (Thapar, 1999, Tistarellia, Fagnanib, Troianiello , Stazib Adrianib 2020).

A compreensão dos mecanismos biológicos envolvidos na etiologia do transtorno ainda carece de maiores explicações devida à falta de homogeneidade nas populações estudadas e ao diagnóstico que pode compreender outras comorbidades. Estudos de revisão de neuroimagem sugerem o envolvimento de alterações no desenvolvimento das redes cerebrais relacionadas a cognição, atenção, emoção, funções sensoriais e motoras, além de função executiva e de motivação e recompensa em pessoas com TDAH (Muller, 2017).

Do ponto de vista neurobiológico, os estudos indicam principalmente o envolvimento das catecolaminas, sinalizando uma disfunção do receptor da dopamina DRD4, bem como para uma alteração na via serotoninérgica e noradrenérgica envolvidas com atividade e atenção (Monteiro, 2018). O processo neuromaturacional do encéfalo tem uma progressão pósterio-anterior, ou seja, primeiro, mieliniza-se a região da visão, cuja janela maturacional se abre próximo do nascimento e se fecha em torno dos 2 anos de idade. Por último, mielinizam-se as áreas anteriores (lobos frontais). Por isso, do ponto de vista neuroevolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade pura em crianças sem lesão até aproximadamente os 4 a 5 anos de idade, visto que a região pré-frontal, onde está o freio motor, só completa seu ciclo mielinogénico nesta faixa etária (Lefèvre, 1989 & Santos, 2005).

Uma das perspectivas mais aceitas aborda a disfunção cortical nos circuitos dessas áreas pré-frontais e pré-motora., envolvidas com a atividade e atenção (Hoyos, 2018). Outros estudos neuropsicológicos apontam que o desempenho de crianças com TDAH sofre prejuízos em funções cognitivas e executivas como atenção, planejamento, organização e também falhas na inibição comportamental, que se relacionam ao lobo frontal e áreas subcorticais (Muller, 2017, Monteiro, 2018)

Adotando amostras de larga escala, estudos recentes tem procurado identificar características corticais relacionadas ao TDAH, Hoogman et. al, (2019) encontraram menores valores de área superficial do córtex em crianças com TDAH, principalmente nas regiões frontal, cíngulada e temporal; além disso o giro fusiforme e a espessura cortical do pólo temporal também foram menores em crianças com o transtorno. Estas diferenças sutis na área superficial cortical confirmam o envolvimento do córtex frontal e destacam as regiões que merecem mais atenção.

Alterações no córtex pré-frontal seriam responsáveis pelos comportamentos típicos do TDAH, tais como o déficit em comportamento inibitório, memória de trabalho, planejamento, auto-regulação e limiar para ação dirigida a objetivo definido (Knapp et al; 2002). Essas funções englobam domínios específicos do comportamento como volição, habilidades para explorar, selecionar, monitorar e direcionar a atenção, inibir estímulos concorrentes, prever e planejar meios de resolver problemas complexos, antecipar consequências, apresentar flexibilidade na alteração de estratégias em função das contingências, e monitorar o comportamento comparando-o com o planejamento inicial (Mattos & colaboradores, 2003, Bastos e Queiroz, 2018).

Apesar dos avanços em pesquisas com neuroimagem que reafirmam essa concepção por meio da identificação de pequenas diferenças na estrutura e funcionamento encefálicos de patologias distintas, ainda faz sentido as considerações de Capoviila (2007) que destacou a necessidade de pesquisas que utilizem técnicas de neuroimagem em crianças. Devido às limitações éticas de alguns procedimentos invasivos e a restrição relacionada aos padrões normais de desenvolvimento (Szobot & colaboradores, 2001), são usados estudos retrospectivos e correlacionais com dados fornecidos por pesquisas em adultos. No que se refere especificamente à compreensão do TDAH, esses exames ainda não podem fornecer qualquer dado clínico-diagnóstico, devendo-se restringir a situações de pesquisa (Szobot & Stone, 2003). Portanto o diagnóstico do TDAH ainda é considerado um desafio para cuidadores, professores e especialistas em função de sua complexidade sintomatológica (Benczik, 2000, Rodrigues, 2019).

1.2. Diagnóstico e Avaliação no TDAH

O diagnóstico do TDAH é basicamente clínico, e fundamenta-se em critérios provenientes de sistemas descritivos como o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), podendo ser classificado, conforme a prevalência de sintomas, em três subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo e combinado. Ademais, estes sintomas devem ocorrer antes dos doze anos de idade, perdurar por no mínimo seis meses em grau desadaptativo e ser inconsistente com o nível de desenvolvimento esperado da criança e, não devem ser melhor explicado por outro transtorno mental (Capovilla, 2007; Bolfer, 2014; Whitbourne & Halgin, 2015)

Na apresentação predominantemente desatenta, o comportamento da pessoa se adequa a seis ou mais critérios (dos nove) para desatenção e não se encaixa nos critérios para hiperatividade-impulsividade, nos últimos seis meses. No caso de adolescentes com 17 anos ou mais e adultos, basta que cinco critérios sejam satisfeitos. Na apresentação predominantemente hiperativa-impulsiva, o comportamento se adequa a seis ou mais critérios (dos nove) para hiperatividade. Na apresentação combinada, os critérios para ambos são preenchidos em igual período. O transtorno também pode ser classificado em leve, moderado ou grave, de acordo com a quantidade de sintomas presentes e o devido prejuízo no funcionamento social ou profissional (APA, 2014).

O DSM-V, descreve cinco critérios a serem considerados no diagnóstico: 1. Pelo menos seis sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade devem persistir durante pelo menos seis meses a um ponto inconsistente com o desenvolvimento normal. 2. Alguns sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade. 3. Algum prejuízo causado pela presença de sintomas em dois ou mais contextos (p. ex., na escola e em casa). 4. A deficiência deve ser clinicamente significativa em relação ao desempenho social, acadêmico ou

ocupacional. 5. Não devem ocorrer exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico (APA, 2014).

Segundo o DSM-V, os indivíduos com sintomas de desatenção demonstram frequentemente não prestar atenção a detalhes ou cometer erros por descuido nas tarefas, dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas, parecer não escutar quando alguém lhe dirige a palavra, não conseguir seguir instruções até o fim e não concluir as atividades em que se envolvem. Adicionalmente, evitam se envolver em atividades que exijam esforço mental prolongado; apresentam dificuldade para organizar tarefas e atividades, gerir o tempo e cumprir prazos; perdem coisas necessárias para tarefas e atividades e distraem-se por estímulos externos (APA 2014).

Já os indivíduos com sintomas de hiperatividade-impulsividade, demonstram frequentemente: remexer ou batucar mãos e pés ou se contorcer na cadeira; levantar da cadeira em situações em que se espera que permaneçam sentados; correr ou subir nas coisas em situações inapropriadas; incapacidade de brincar ou se envolver em atividades calmamente; “não parar”, agindo como se estivesse com o “motor ligado”; falar demais; deixar escapar uma resposta antes mesmo que a pergunta tenha sido concluída, ter dificuldade para esperar a sua vez; interromper ou se intrometer em conversas ou atividades alheias (APA, 2014).

Frente aos aspectos mencionados, torna-se evidente a importância de uma avaliação mais profunda sobre o funcionamento da criança. Para este fim, existe uma série de técnicas e instrumentos que podem ser utilizados com o objetivo de aprimorar o processo avaliativo e diagnóstico, como entrevistas clínicas, uso de escalas, testes psicológicos e neuropsicológicos. Além disso, o intercâmbio multidisciplinar é de extremo valor, pois a troca de informações entre profissionais de diversas áreas, como psiquiatras e psicólogos, por exemplo, pode ser muito útil para um entendimento mais global de um caso (Graeff e Vaz, 2008).

A avaliação do TDAH deve ser realizada de forma criteriosa por uma equipe multidisciplinar, com ciência das razões do encaminhamento para a consulta. Nesse sentido, é necessário o conhecimento acerca do histórico familiar, dos traços genéticos, das relações familiares, como por exemplo quem está mais presente no cuidado dessa criança, quais as redes de apoio disponíveis para a família. É necessário saber também se a família dispõe de recursos financeiros para cumprir o tratamento e, como a família se comporta diante de situações onde se identifica agentes estressores. Além de solicitar dos responsáveis os relatórios dos terapeutas que acompanham esta criança e, ainda, o parecer psicopedagógico. (Barkley, 2008; Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005).

Para Axelson e Pena (2015) também é necessário conhecer a história pré-natal, desde a gestação, parto, exposição do feto às substâncias farmacologicamente ativas, tabaco, álcool e drogas. Outras informações importantes, dizem respeito ao desenvolvimento motor, social, habilidades de linguagem, hábitos de sono, higiene e desempenho escolar do indivíduo.

Dada a necessidade de padronização dos critérios diagnósticos, os instrumentos de avaliação do TDAH tornam-se ferramentas indispensáveis tanto na clínica, quanto na pesquisa. Existem vários questionários utilizados para rastreamento, avaliação da gravidade e frequência de sintomas e acompanhamento de tratamento, podendo ser respondido por pais e/ou professores, como por exemplo, o *ADHD Rating Scale*, o Questionário de Conners e o SNAP-III¹¹ e IV. Estes instrumentos fazem uso de escores quantitativos, ou seja, escores de gravidade para cada um dos sintomas listados, ao invés de registrar apenas a presença destes (Mattos et al. 2006). Dentre os instrumentos utilizados, um grande aliado no rastreamento do TDAH é o MTASNAP-IV, validado para o português do Brasil, por Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde e Pinto (2006). O SNAP-IV é um questionário de domínio público, que inclui 26 itens correspondentes aos sintomas do critério A (desatenção, hiperatividade-impulsividade) do DSM V (2013) para TDAH e aos sintomas de TDO (Transtorno Desafiador Opositor), que

pode ser respondido por pais e professores. Contudo, este questionário isolado não diagnostica o TDAH, portanto, só será possível um diagnóstico seguro se realizado por um profissional especializado, capaz de analisar outras dimensões da avaliação (Axelson & Pena. 2015).

No que diz respeito à coleta de informações, sabe-se que existe baixa concordância entre informantes (criança, pais e professores) sobre a saúde mental de crianças. Estes frequentemente não reconhecem adequadamente a presença e/ou o comprometimento de sintomas psiquiátricos e apresentam baixa concordância em teste-reteste para os sintomas de TDAH (Rohde et al. 1999). Para avaliações complementares, é frequentemente sugerido: a) encaminhamento de escalas objetivas para a escola; b) avaliação neurológica; e c) testagem psicológica.

Para a Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, a utilização de testes psicológicos ou neuropsicológicos não é obrigatória para o diagnóstico do TDAH, mas é recomendada em casos de suspeita de déficits intelectuais ou transtornos de aprendizagem, podendo contribuir de forma significativa para o entendimento de déficits funcionais do paciente. Rohde et al (2000), Effgem, Canal, Missawa, Rosset (2017), destacam que a avaliação neurológica é essencial para a extinção de hipóteses acerca de patologias neurológicas que possam mimetizar o TDAH. As informações provenientes do exame neurológico evolutivo principalmente a prova de persistência motora, somados aos dados clínicos, são fundamentais.

No que se refere a testagem psicológica, o teste que fornece mais informações relevantes clinicamente é a *Wechsler Intelligence Scale for Children*. Em sua Quarta edição (WISC-IV) tem tradução validada para o português sendo que os subtestes do WISC-IV, que compõe o fator de resistência à distraibilidade (números e aritmética) podem ser importantes para reforçar a hipótese diagnóstica de TDAH (Styck & Watkins, 2014). Além disso, no diagnóstico diferencial deste transtorno, é preciso descartar a presença de retardo mental, visto

que essa patologia pode causar problemas de atenção, hiperatividade e impulsividade. Outros testes Neuropsicológicos que são utilizados afim de descrever o perfil diagnóstico do TDAH são o Stop Task; O stop signal reaction time – SSRT e o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (Wagner et al, 2016).

As pesquisas tem revelado que as funções relacionadas ao desempenho em tarefas cognitivas são denominadas de funções executivas (FE). As funções executivas (FE) se referem, de modo geral, à capacidade do sujeito de engajar-se em comportamento orientado a objetivos, ou seja, à realização de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas. Portanto as funções executivas são responsáveis pela capacidade de autoregulação (Ardila & Ostrosky-Solís, 1996; Gazzaniga e colaboradores, 2002; Barros & Hazin, 2013).

1.3 Funções executivas e o TDAH

As características comportamentais apresentadas pelas pessoas com TDAH tem sido atualmente associadas a prejuízos em alguns aspectos das funções executivas (FE), como por exemplo o déficit na inibição de respostas, na atenção sustentada, na memória de trabalho não verbal e verbal, planejamento, noção de tempo, regulação da emoção, perseverança e na fluência verbal e não-verbal (Barbosa, 2015).

Funções executivas são habilidades que permitem ao indivíduo planejar, monitorar e realizar comportamentos intencionais e com objetivos definidos (Dias, Lopes & Carvalho 2020). A relação entre funcionamento executivo e inteligência vem ganhando grande destaque nos meios acadêmicos e científicos, em especial nos domínios da psicologia cognitiva e neuropsicologia clínica. Esta centralidade está relacionada ao importante papel da inteligência e das funções executivas (FE) para o desempenho acadêmico e laboral (Souza, 2016). As FE's

são responsáveis pelo autogerenciamento, e seu desenvolvimento representa um importante marco adaptativo na espécie humana (Fuentes, MalloyDiniz, Camargo & Cosenza, 2014). Essas habilidades são substanciais diante de situações novas ou demandas ambientais que exijam ajustamento, adaptação ou flexibilidade, como, por exemplo, a situação de aprendizagem escolar (Barros & Hazin 2013).

Por sua vez, Cosenza e Guerra (2011) abordam as funções executivas como aquelas que possibilitam ao indivíduo interagir com o mundo em diferentes contextos e situações. Elas são essenciais para garantir o sucesso de suas ações nas atividades de vida diária e estão operando nas tarefas rotineiras, em decisões e planejamentos de curto e de longo prazo. Além disso, elas são a base para organização do pensamento, a adequação às normas sociais com padrão comportamental apropriado, o resgate de experiências e conhecimentos armazenados na memória, as expectativas em relação ao futuro respeitando os valores e propósitos individuais. Em simultâneo, elas coordenam de modo flexível as ações do indivíduo em direção a um objetivo, traçando estratégias comportamentais (Ribeiro & Pletz 2016).

Luria (1981) considera as FEs como funções psíquicas superiores que exercem um importante papel na regulação da vigília e no controle das formas mais complexas de atividade humana dirigida a metas. Já para Lezak, Howieson e Loring (2004), as FEs são conceitualizadas como capacidades que permitem alguém manter um comportamento de autorregulação com êxito, de maneira independente e intencional. Ribeiro e Pletz (2016) enfatizam que essa característica reguladora equivale a um “diretor executivo” ou “maestro” do funcionamento da atividade mental humana.

Para Diamond (2013) as funções executivas envolvem três habilidades: Controle inibitório (CI), Memória de trabalho (MT) e flexibilidade cognitiva (FG). Neste modelo, a Função executiva é uma consequência da integração entre a CI e a MT, pois para que um

problema seja interpretado com uma nova percepção, a visão anterior precisaria ser inibida para que a nova concepção do problema seja ativada na MT. Nesse sentido, a partir da integração destas três habilidades, ocorrem as habilidades denominadas de FE's complexas, como a tomada de decisão, resolução de problemas, raciocínio, percepção e planejamento. (Cruz, 2017)

O desenvolvimento do potencial máximo das funções executivas é um processo demorado em razão do amadurecimento lento do córtex pré-frontal. As alterações nas funções executivas se tornam aparentes quando a criança demonstra ser capaz de sustentar a atenção em um objetivo importante. Outros avanços no desempenho das funções executivas são observados quando uma criança desenvolve a capacidade de analisar seu ambiente e elaborar um plano de ação apropriado. Para o autor, a operação do funcionamento executivo está vinculada a diversos aspectos, tais como competência nos domínios social, emocional e escolar (Knapp & Morton, 2013).

Michels e Golçalves (2016) apontam que os déficits nas FEs têm sido denominados como "síndromes disexecutivas" ou "disfunções executivas" e são comumente ocasionados em razão de um comprometimento envolvendo o córtex pré-frontal e/ou os circuitos relacionados que se conectam a ele. A manifestação clínica de uma síndrome disexecutiva varia de acordo com a danificação de circuitos específicos. Pesquisas apontam que déficits executivos estão presentes em diversos transtornos neurológicos e psiquiátricos, como na esquizofrenia, na depressão, na dependência de substâncias psicoativas, no jogo patológico (Rossini & Fuentes, 2008); nas demências, no Transtorno de Humor Bipolar entre outros (Hosenbocus & Chahal, 2012).

Goldberg (2002), Miyake e Friedman (2012) enfatizam que nenhuma outra perda cognitiva pode ser tão comprometidora para o comportamento humano quanto a das funções

executivas. Em situações de testagem, indivíduos com disfunções executivas tendem a apresentar pobre iniciação, problemas de planejamento e organização da tarefa, dificuldades na inibição e na mudança de respostas, na geração e implementação de estratégias, assim como pobre memória de trabalho e ocorrência frequente de erros preservativos. Mais especificamente, pacientes com lesão pré-frontal apresentam prejuízo em uma variedade de medidas, como no Teste de Classificação de Cartas de Wisconsin, Teste de Stroop e testes de fluência (Dias, Menezes & Seabra, 2010).

O conceito de disfunção é fundamental quando se pensa em um diagnóstico. Não existe um sinal patognomônico de TDAH, já que as características mencionadas desse distúrbio são comuns a todas as pessoas em algum grau durante períodos variáveis da vida (Barkley, 2002; Mattos, 2003). Devido à multiplicidade de variáveis envolvidas no TDAH, o estudo do déficit das funções cognitivas promove um ponto de unificação e de compreensão renovados. Atualmente, os principais estudiosos do TDAH tendem a ver o transtorno como um déficit de controle inibitório, mais do que como um simples problema de atenção (Barkley, 2002; Mattos, 2003, Barkley & Fischer, 2019, Martins, León & Seabra, 2016).

O principal modelo teórico proposto para explicar os mecanismos neurocognitivos subjacentes no TDAH, é apresentado por Barkley, que postula as dificuldades centrais neste transtorno relacionadas ao retardo na inibição da resposta ou inibição comportamental. Para o autor, esse processo altera diretamente quatro funções executivas principais: 1) Memória de trabalho, a capacidade de manter a informação em consciência e manipulá-la; 2) Auto-regulação, a capacidade de controlar as emoções, motivação e excitação para alcançar objetivos; 3) Internalização da fala, um monólogo interno que permite raciocínio e reflexão mais complexa; e 4) Reconstituição, a análise e síntese de informações verbais e comportamentais, permitindo a compreensão e produção de linguagem e comportamentos

cada vez mais complexos (Barkley, 1997; Barkley & Murphy, 2008; Wagner, Rohde, & Trentini, 2016).

Para Travella (2004) as principais funções executivas cuja alteração se vincula ao TDAH são: 1) Organização, hierarquização e ativação da informação: o sujeito requer pressão para começar e cumprir a tarefa em tempo (desorganização e procrastinação); tem dificuldade para estabelecer prioridades na atividade; troca de tarefas continuamente, ou seja, tem necessidade de variar. 2) Focalização e sustentação da atenção: a pessoa apresenta distração fácil por estímulos internos e externos; é incapaz de filtrar estímulos; perde o foco quando lê; necessita de lembretes para se manter em sua tarefa habitual; apresenta inconstância e abandono precoce no que se envolve. 3) Alerta e velocidade de processamento: o sujeito tem excessiva sonolência, falta de motivação e cansaço constante; esgotamento fácil do esforço; pouca velocidade de processamento. 4). Manejo da frustração e modulação do afeto: o paciente apresenta baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima; hipersensibilidade a críticas; irritabilidade; preocupações excessivas e perfeccionismo. 5). Utilização e evocação da memória de trabalho. A pessoa apresenta esquecimento de responsabilidades e objetivos pessoais; tem dificuldade nos seguintes aspectos: conservação (a informação não é incorporada), seguimento de sequências, manutenção de dois ou mais elementos simultaneamente para trazer do arquivo a informação armazenada.

Timóteo, Machado e Souza (2019) mostram que os perfis neuropsicológicos distinguem quanto aos subtipos do TDAH. O subtipo Desatento está associado a dificuldades relacionadas a atenção seletiva e a velocidade de processamento de informações. Já o subtipo "com hiperatividade" associa-se à dificuldade na sustentação da atenção durante um tempo longo, tendo maior vulnerabilidade de distração. O tipo desatento apresenta pior desempenho nos testes de destreza viso-motora, velocidade de processamento que pode ser observado nos subtestes Dígitos da Escala Wechsler e na recuperação mnêmica verbal. Enquanto o subtipo

hiperativo não se diferencia dos protocolos normais. Nesse sentido, os autores postulam que o desempenho na apresentação do subtipo desatento tende a apresentar as maiores dificuldades.

No TDAH, o comprometimento é notório em situações onde é necessária a habilidade de vigilância para detectar a informação não frequente, sobretudo quando tal informação não é importante para o sujeito. Crianças com TDAH tem déficits relacionados à seleção de estímulos irrelevantes à tarefa (Cohen, Salloway; Zawacki, 2006 apud Dalgarrondo, 2008, Corteza, Pinheiro, 2018). Para Vital e Hazin (2008) dificuldades dos domínios atencionais parecem prejudicar a elaboração de estratégias ordenadas e hierarquizadas relacionadas ao uso de determinado algoritmo. Assim, crianças com déficit de atenção, tendem a manifestar deficiências relacionadas ao cálculo aritmético, já que a cooperação necessária também estaria comprometida (Santos, 2017).

É evidente que déficits no funcionamento executivo estão comumente ligados ao diagnóstico de TDAH e podem ocasionar comprometimentos em diversas atividades cotidianas; em crianças, sobretudo na escola. Postergar tarefas e/ou não finalizá-las, dificuldade em focalizar e sustentar a atenção, dificuldade em organização e hierarquização, deficiência em memória de trabalho e prospectiva, o que pode ocasionar o esquecimento de datas e compromissos, são alterações executivas frequentemente relatadas em associação com o transtorno e que levam a significativo impacto no desempenho funcional do indivíduo (Saboya, Saraiva, Palmirini, Lima & Coutinho, 2007). De fato, prejuízos na memória de trabalho muito frequentemente podem ocorrer em razão de dificuldades na compreensão de leitura, mesmo na presença de boas habilidades de reconhecimento de palavras (Mahone & Silverman, 2008).

Além dos prejuízos acadêmicos, o TDAH pode promover dificuldades no convívio e na rotina dentro do ambiente familiar (Oswald, 2010). Cuidadores ressaltam que as crianças com TDAH "não escutam", não seguem regras e normas, não conseguem completar as tarefas

mais simples, reagem com agressividade e não toleram frustração. Além disso o excesso de atividade motora, o alto nível de impulsividade evidenciada na antecipação das respostas e na inabilidade social, diante de um acontecimento, resulta, geralmente, em um impacto negativo nas relações sociais e ou familiares promovendo um alto nível de estresse em quem convive com a criança (Rezende, Calais & Cardoso, 2019). Essas interações familiares são marcadas, geralmente, pela desarmonia na rotina e discórdia, refletindo negativamente na qualidade de vida de todos os membros do núcleo familiar (Benzik & Casella, 2015).

2. O TDAH e a Rotina

A literatura tem associado a presença do TDAH em crianças à depressão em seus cuidadores assim como a baixo nível de auto estima e fracasso em seu papel como pais, sentimentos de incompetência em relação às suas habilidades de educar e prover o bem-estar psicossocial, em comparação a outros pais (Benzik & Casella, 2015). Além disso, cuidadores de crianças com TDAH relatam necessitar de maior esforço físico, emocional e psicológico para gerenciar a vida diária de suas crianças, pois constantemente é necessário repetir diálogos e fornecer lembretes, avisos e instruções para que as crianças consigam completar tarefas e atividades diárias. Este esforço gasto com o planejamento diário faz com o que os cuidadores se sintam emocionalmente exaustos, cansados e frustrados (Paidipati, Deatrick, Eiraldo & Ulrich, 2019).

As famílias de crianças com alterações do neurodesenvolvimento necessitam se reorganizar para responder de forma eficaz às necessidades específicas da criança (Farber & Ryckman, 1965). Estas famílias são especialmente vulneráveis ao estresse causado pela ameaça à estabilidade da unidade familiar, ou pelas exigências sobre e esgotamento de recursos e capacidades da família" (McCubbin et. al., apud Dyches, Wilder, Sudweeks, Obiakor & Algozzine, 2004, p.218 & Silva, 2015). O estudo de Silva (2015) analisou as

implicações da presença de uma criança com perturbação do neurodesenvolvimento no sistema familiar. Os dados revelaram que pais e mães consideram insuficiente o tempo que despendem para si próprios, mas suficiente, o tempo gasto com a família, bem como para atividades de reabilitação do filho. Neste estudo, os cuidadores se percebem como eficientes no cuidado aos filhos, no entanto, reconhecem que a ansiedade e o estresse estão presentes. Estes cuidadores também referem que as características da criança possuem “bastante” e “muito” impacto na relação com a criança, referindo apenas que a ansiedade é a que menos tem repercussão no vínculo familiar.

Os estudos de França (2018) corroboram ao revelar que mães de crianças com TDAH, apresentam sobrecarga emocional e nível de estresse elevado. Dourado (2018) revela que os cuidadores de crianças com TDAH apresentam médias rebaixadas de autoeficácia parental e de autoeficácia geral. Os níveis mais baixos estiveram ligados aos casos de TDAH do subtipo combinado.

O TDAH pode impactar na vida familiar aumentando as taxas de doenças psicológicas (Fischer, 1990), de depressão (Befera & Barkley, 1985, Homan, Barbaresi & Mellon, 2019, Cheung, Aberdeen, Ward & Theule, 2018, Cunningham, Benness & Siegel, 1988), de consumo de álcool (Muñoz-Silva, Lago-Urbano, Sanchez-Garcia & Carmona-Márquez, 2017, Cunningham, Benness & Siegel, 1988; Pelham & Lang, 1999), de aumento nos níveis de discórdia conjugal e conflito entre pais e filhos. Segundo Barkley, (2002) as relações de uma família que apresenta um caso de TDAH pode ser bastante desestabilizada ou controlada, de acordo com a maneira que esses pais lidam com o transtorno.

Fernandes, Boehs e Rumor (2011) destacam que a continuidade e a estabilidade das relações familiares são fundamentais para a manutenção do convívio social e da saúde dos membros da família. Esta perspectiva caracteriza o conceito de rotina. As rotinas podem ser analisadas em dois níveis: familiar e individual, sendo impossível fazer considerações sobre a

rotina dos indivíduos sem considerar o contexto familiar onde estão inseridos. Esta indissociabilidade é evidente na medida em que se observa a natureza dinâmica das rotinas, onde mudanças nas rotinas de seus membros implica necessariamente em alterações na rotina do sistema como um todo.

As rotinas familiares consistem em “comportamentos observáveis, repetitivos que envolvem dois ou mais membros da família e que ocorrem com regularidade no curso da vida familiar” (Boyce, Jensen, James e Peacock, 1983, p. 198).

Larson (2006) define as rotinas como padrões de atividade organizados e sequenciados que ocorrem em um determinado tempo e espaço. A estrutura desses padrões permite que a família organize as atividades individuais e compartilhadas necessárias para manter a saúde, o bem-estar e a conexão entre os membros da família.

As rotinas não são, segundo Bordieu (1990) e De Gioia (2017) necessariamente inatas. Isto significa que a unidade familiar permite a transmissão de valores culturais, expectativas e perspectivas sociais através das gerações, tal como identificado na rotina. Para a família, as rotinas podem ser sustentadas a medida em que: (1) atendem aos objetivos familiares, (2) são sensíveis às motivações e emoções dos participantes; 3) abordam tarefas essenciais para a vida, como fornecimento de alimentos e roupas limpas, e (4) promovem a participação “normativa” adequada, instruindo quem e como uma atividade deve ser realizada (Weisner, 1997). Assim como Bordieu (1990), para Weisner (2010) a cultura é visível e vivida na prática das rotinas cotidianas, o que segundo o autor descreve melhor esta perspectiva por meio da teoria ecocultural do desenvolvimento.

Segundo Larson (2014) a teoria ecocultural reflete sobre a relação de bem-estar e rotinas dos cuidadores de crianças, pois concebe a interseção de demandas pessoais, roteiros culturais, valores, recursos e barreiras. Além disto discorre sobre como estas são negociadas cotidianamente nas rotinas familiares (Gallimore et al. , 1989). Papéis e responsabilidades do

cuidador, autonomia das crianças, expectativas relacionadas à idade e ao gênero e atitudes em relação à deficiência estão todos articulados aos valores culturais da família.

De acordo com a perspectiva ecocultural, os arranjos em que as mães inserem as suas crianças podem incluir a criação de rotinas familiares mais previsíveis e restritas que limitam a espontaneidade, os passeios familiares, a participação em festas e rituais familiares (Boyd, McCarty, Selthi, 2014), Larson, 2006). Denham (2002) vai ao encontro destes autores ao elucidar que a característica estrutural das rotinas às torna mais visíveis e descritíveis, propiciando o conhecimento acerca dos modos com que as pessoas ou famílias organizam suas práticas de cuidado e processam as informações, conhecimentos e experiências de saúde.

A rotina de cuidadores e seu impacto no desenvolvimento de suas crianças foi investigado por França (2018) que buscou avaliar o estresse parental, a rotina de cuidadores de crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as características cognitivas das crianças. O estudo contou com 23 cuidadores de crianças que possuíam diagnóstico de TDAH. Os resultados apontaram que as atividades eram realizadas com mais frequência em função do próprio cuidador e demais membros da família, especialmente atividades domésticas, deslocamento, lazer e práticas remuneradas. Tarefas de cuidado a criança com TDAH também foram realizadas pelos cuidadores, principalmente atividades de deslocamento, monitoramento e as atividades domésticas (França, 2018).

Pesquisadores australianos descreveram as experiências e desafios de rotinas da hora de jantar e de dormir de famílias com crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro do Autismo (ASD). Neste estudo quatorze mães australianas de crianças com autismo, entre as idades de dois e cinco anos, foram entrevistadas sobre o desempenho de seus filhos na hora do jantar e na hora de dormir, além de suas percepções em ambas atividades, por meio de entrevistas qualitativas. Os pesquisadores verificaram o surgimento de dois temas abrangentes, incluindo "Centrado em Transtorno do Espectro Autista", onde as mães relataram

constantemente acomodar as demandas da criança com autismo durante a hora do jantar e dormir. Isso geralmente envolveu a reestruturação da ocupação e da maneira que foi realizado. O outro tema que surgiu foi "O autismo altera o significado das rotinas". Esta categoria ilustra as percepções das mães sobre as duas atividades e como seus significados são impactados pelo desempenho destas rotinas. Aproximadamente 92% (n = 14) das mães descreveram a hora do jantar como uma das mais estressantes do dia evidenciadas por frases como "(Cheryl)," inferno na terra "(Fleur) e" absolutamente caótico "(Sophie). As descrições revelaram que as famílias com uma criança pequena com autismo, apresentaram rotinas não estruturadas e caóticas na hora do jantar. Em contraste, a hora de dormir envolveu o desempenho de rotinas mais estruturadas e, por vezes, não funcionais. Além disso, a hora do jantar foi desprovida de interações e rituais significativos, ao passo que a hora de dormir continha interações e rituais significativos (Marquenie, Rodger, Mangohig, & Cronin, 2011).

A relação entre as rotinas familiares, avaliação cognitiva e qualidade de vida foi investigada em 180 famílias de crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA) que estavam recebendo serviços relacionados a deficiências na província de Gauteng, na África do Sul. Os resultados sugeriram uma relação direta e positiva entre a regularidade das rotinas familiares e a satisfação das famílias com a sua qualidade de vida. Além disso, a avaliação cognitiva do impacto do TEA na família mediava essa relação de maneira parcial. Com isso, verificou-se que a maior frequência de rotinas familiares está fortemente associada a um maior nível de satisfação da qualidade de vida (Schlebusch, Samuels, & Dada, 2016).

A rotina familiar com ênfase nas atividades, companhias e tempo de mães de crianças com paralisia cerebral foi investigada por Silva e Pontes (2016). Participaram deste estudo três mães de crianças. Os resultados mostraram que as atividades realizadas rotineiramente pelas participantes foram estruturadas a partir das necessidades de cuidados ao filho com

deficiência. Os achados deste estudo confirmam a influência mútua existente entre a rotina familiar e a rotina das pessoas, que por sua vez, se associa as suas características.

A rotina de crianças com e sem déficit de atenção foi investigada por Dunn et al. (2009). Os pesquisadores revelaram que o avançar da idade da criança e a presença de irmãos mais velhos potencializam a execução de maior número de tarefas domésticas. Adicionalmente, os resultados também revelaram que a quantidade de tarefas realizadas por crianças com o déficit não difere das crianças sem o déficit.

A participação em tarefas domésticas vem sendo estudada ao longo das últimas décadas por pesquisadores das áreas da psicologia e das ciências sociais (Rogoff, 2003). A participação na rotina doméstica pode ser relevante para informar sobre a sua funcionalidade, bem como sobre as acomodações e estratégias realizadas pela família para possibilitar o envolvimento da criança na rotina familiar. O acesso às tarefas, a quantidade de assistência disponibilizada e o quanto a criança é responsabilizada por tarefas de natureza pessoal ou familiar são aspectos que podem se tornar marcadores importantes do processo de desenvolvimento da criança (Dunn, 2004).

A participação doméstica é considerada um importante elemento da aprendizagem, pois é uma parte integrante das rotinas domésticas e promovem a coesão familiar e associam-se a níveis mais baixos de depressão e ansiedade, além de promover maior capacidade de autorregulação em crianças (Humphrey & Wakeford, 2006; Pennick, 2013; Bridley & Jordan, 2012). Além disso, estudos longitudinais indicam benefícios associados às tarefas que continuam a ter um impacto positivo ao longo da vida do indivíduo. O envolvimento em tarefas domésticas em uma idade jovem prediz fortemente relações positivas com a família e amigos, menores taxas de uso de drogas e sucesso profissional na idade adulta (Rossmann, 2002).

O estudo de Larson e Verma (1999), comparou o tempo gasto por crianças em trabalhos domésticos, remunerado e escolar, no tempo livre e no lazer, em populações não industriais e pós-industriais. Neste estudo, os autores verificaram que os processos de industrialização e de escolarização desencadearam declínio acentuado no tempo gasto nas tarefas de casa realizadas por crianças e adolescentes, e revelaram o aumento do tempo despendido com trabalhos escolares, lazer, tempo livre e trabalho remunerado. As rotinas, nesse sentido, se apresentam como produtos culturais produzidos e reproduzidos a fim de atender demandas econômicas e sociais, organizadas no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes (Barbosa, 2006 apud Drumond 2014).

Em relação ao TDAH, com toda sua complexidade e vulnerabilidade aos fatores ambientais, a informação sobre a participação doméstica e a relação entre criança e cuidador pode nortear ações de intervenção importantes nessa população (Mendes, 2017). O estudo de Spaulding., Fruitman, Rapoport, Soled, e Adesman (2020) buscou examinar o desempenho e a independência de crianças com TDAH em tarefas de rotina doméstica. Adicionalmente, avaliaram as relações entre estas variáveis com as expectativas dos pais em relação ao desempenho de seus filhos nas tarefas domésticas. Os pesquisadores identificaram que a maioria dos pais de crianças com TDAH indicaram que seus filhos não completavam tarefas regularmente de forma independente ou satisfatória. Além disso, a maioria dos participantes apontou que o TDAH afeta o desempenho da tarefa de seus filhos. Neste estudo, os pais relataram também que seus filhos com TDAH precisavam mais de lembretes e assistência do que as crianças sem TDAH.

O ambiente apresenta barreiras que limitam as atividades de rotina e as oportunidades de participação bem-sucedida de crianças com alterações no desenvolvimento (Law et al. 2007). Compreender a participação na rotina doméstica é de particular importância para crianças com deficiência uma vez que estas experimentam maiores limitações em comparação

com pares de idades semelhantes e desenvolvimento típico (Hilton et al. 2008, King et al. 2010, LaVesser & Berg, 2011). Crianças e adolescentes com TDAH podem apresentar déficits no funcionamento ocupacional, levando-os a dificuldade em participar em atividades como as tarefas domésticas (American Psychiatric Associação [APA], 2013). A desatenção pode gerar dificuldade em concluir as tarefas. Além disso, comorbidades como transtorno desafiador de oposição (ODD), problemas motores podem representar desafios adicionais para crianças com TDAH que tentam concluir suas atividades (Mendes et al., 2016).

A revisão de literatura de Mendes, Mancine e Miranda (2018) buscou avaliar estudos empíricos sobre a participação domiciliar de crianças com déficit de atenção e hiperatividade assim como as suas implicações clínicas. Foram analisados 43 artigos que estudaram crianças de 6 a 17 anos com o diagnóstico de TDAH. A análise revelou que crianças com características de TDAH apresentam uma performance semelhante às crianças com desenvolvimento típico na realização das tarefas domésticas. Entretanto, ressaltou que as crianças com TDAH recebem mais assistência de seus cuidadores do que as crianças sem o transtorno. Variáveis como a Idade, o sexo, a presença de irmão mais velho, e o vínculo com os pais parecem estar associadas ao aumento do sucesso no desempenho da tarefa, enquanto que os sintomas, o diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e o nível de estresse dos pais, podem estar associados a um maior grau de assistência prestada pelos cuidadores nas atividades de Rotina.

Corroborando os estudos sobre a rotina, Carim e Barbirato (2015) ressaltam que há dificuldades, por parte dos pais, no estabelecimento de rotina, manutenção da organização do ambiente, supervisão das atividades e cumprimento da prática de cuidado proposta por profissionais. Porém a literatura ainda é carente de pesquisas que enfatizam e descrevam as relações entre a rotina e desenvolvimento cognitivo de crianças que convivem com o diagnóstico do TDAH, bem como as suas consequências. Por esta razão, esta dissertação

buscará investigar a rotina e avaliar o perfil cognitivo de crianças com e sem o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Objetivo Geral:

Avaliar a Rotina e o Perfil Cognitivo de crianças com e sem TDAH

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil sócio demográfico de crianças com e sem TDAH e seus cuidadores
- Avaliar o perfil cognitivo de crianças com e sem TDAH
- Descrever a Rotina das crianças com e sem TDAH
- Avaliar a percepção da criança acerca da Rotina

MÉTODO

Desenho do Estudo

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional, com uma amostragem não probabilística, por conveniência das crianças com TDAH.

Ambiente

A pesquisa foi realizada em dois contextos distintos: 1) No ambulatório de aprendizagem do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e 2) Escolas públicas no âmbito municipal e estadual de ensino regular.

Participantes

Participaram da pesquisa 60 crianças, divididas igualmente em dois grupos (Grupo controle e Experimental), de 8 a 12 anos de idade, de ambos os sexos e seus respectivos pais ou cuidador principal. As crianças foram distribuídas em dois grupos:

1. Grupo Experimental (GE): crianças com diagnóstico ou impressões diagnósticas de TDAH, acompanhadas em regime ambulatorial em um centro de referência à saúde da mulher e da criança na região metropolitana de Belém (CASMUC).
2. Grupo Controle (GC): crianças sem TDAH, pareadas por idade, sexo, escolaridade e situação econômica, com as crianças do GE, ou seja, cada sujeito com TDAH foi pareado com um sujeito sem TDAH e com características semelhantes.

Além disto, os participantes atenderam aos seguintes critérios de seleção:

Critérios de Inclusão da amostra:

- ✓ GE: crianças com diagnóstico do TDAH baseados no roteiro de entrevista proposta pelo DSM-V ou impressões diagnósticas do transtorno, de acordo com o questionário SNAP-IV.
- ✓ GC: crianças sem diagnóstico do TDAH baseados no roteiro de entrevista proposta pelo DSM-V ou impressões diagnósticas do transtorno, de acordo com o questionário SNAP-IV.
- ✓ Pais e/ou cuidador responsável: indivíduos com idade superior a 18 anos, alfabetizados e que não apresentem características psiquiátricas.
- ✓ Consentimento dos pais após as informações em participar da pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão da amostra

- ✓ Critérios contrários aos de inclusão e ainda:
- ✓ GE: crianças com TDAH em associação com comorbidades psiquiátricas ou neurológicas;

- ✓ GC: crianças que apresentem algum transtorno do desenvolvimento (com laudo médico comprovando a patologia) ou impressões diagnósticas do transtorno por meio do questionário SNAP-IV.
- ✓ Não concordância do consentimento dos pais na participação da pesquisa via aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados neste estudo:

1º) Questionário clínico-sócio-demográfico (Apêndice C)

Trata-se de um documento formulado pelos pesquisadores, de investigação inicial, demarca o primeiro contato com os pais e/ou responsável das crianças participantes do estudo, visando à construção de um perfil sócio demográfico, levantamento de informações importantes sobre o sujeito da pesquisa. Encontra-se subdividido em cinco eixos: I- Caracterização do responsável da criança; II- Dados sócio-demográficos; III- Estrutura familiar; IV- Caracterização da criança e V- Dados clínicos sobre TDAH.

2º) MTA-SNAP IV (Mattos et al., 2006) (Apêndice D)

O SANP-IV é um questionário semiestruturado de domínio público organizado a partir dos critérios diagnósticos do DSM-III e de sua revisão, o DSM-III-R, fornece escores quantitativos para graduação dos sintomas relacionados à desatenção, hiperatividade/impulsividade, utilizado para rastreamento, avaliação da gravidade e frequência de sintomas.

A escala utilizada neste estudo foi proposta por Mattos et al. (2006), o MTA-SNAP-IV, que realizou uma adaptação transcultural do SNAP-IV para a população brasileira. O MTA-SNAP-IV foi usado no *Multimodality Treatment Study* e incluiu os 26 itens correspondentes aos sintomas do critério A da DSM-IV para TDAH e aos sintomas de Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Esta escala é amplamente utilizada em pesquisas clínicas e consiste em um instrumento útil para identificação de casos suspeitos de TDAH, especialmente pela praticidade de seu uso.

Serão analisados os escores totais de desatenção e hiperatividade/impulsividade, desconsiderando os dados relacionados ao TDO. Este instrumento será aplicado com os pais dos dois grupos como triagem inicial para impressões diagnósticas do TDAH ou ausência dele.

3º) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - WISC-IV (Wechsler, 2013)

O WISC IV é a versão mais atual entre as Escalas Wechsler de Inteligência para crianças em idade escolar (WISC), que foi inicialmente desenvolvida em 1949, configura uma bateria de testes com objetivo de avaliar habilidades cognitivas e o processo de resolução de problemas de crianças e adolescentes entre 06 anos e 0 meses a 16 anos e 11 meses de idade. O teste, segundo Wechsler (2013), é composto de 10 subtestes primários, divididos em: Vocabulário, Semelhanças, Compreensão, Cubos, Conceitos Figurativos, Raciocínio Matricial, Dígitos, Sequência de Números e Letras, Códigos e Procura de Símbolos e 5 subtestes suplementares: Completar Figuras, Aritmética, Informação, Cancelamento e Raciocínio com palavras, estes servem como substitutos para algum subteste que não for aplicável por alguma dificuldade sensorial ou motora da criança.

A partir dos subtestes, são produzidos quatro índices de escores: Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento, além de uma escala-completa de Quociente de inteligência Total.

Os resultados são classificados, de forma descritiva, seguindo a interpretação fornecida pelo protocolo de registro em relação à curva normal e apresentados na Tabela 3 (Wechsler, 2013).

Tabela 3: Interpretação qualitativa do QI e dos índices fatoriais da WISC-IV

QI	Interpretação Qualitativa	Percentis
> 130	Muito superior	98 e mais
120 – 129	Superior	91 – 87
110 – 119	Média superior	75 – 90
90 – 109	Média	25 – 73
80 – 89	Média Inferior	9 – 23
70 – 79	Limítrofe	3 – 8
≤ 69	Extremamente baixo	2 e menos

4º) Inventário de Rotina Ocupacional (Apêndice E)

O instrumento foi desenvolvido pelo próprio pesquisador para este estudo com base em dois instrumentos de referência. São estes o IR, reelaborado por Silva (2006) e o Questionário Ocupacional (adaptado por N. Riopel com assistência de G. Kielhofner e J. Hawkins Watts - 1986). O Inventário de Rotina Ocupacional consiste em uma ficha para o

registro padronizado das informações prestadas pelo responsável e pelas crianças à respeito das atividades da criança em dias típicos. Este instrumento permite: a) classificar as atividades realizadas dentro de subcategorias, como dormir, higiene pessoal, escola e assistir televisão, dentre outras; b) mensurar o tempo gasto em cada atividade mencionada, c) registrar o local de realização das atividades; d) identificar a companhia envolvida em cada atividade, tais como irmãos, parentes ou amigos; e) identificar a percepção de competência da criança nas atividades de rotina; f) identificar a satisfação e classificar a relevância das tarefas desempenhadas em um dia típico.

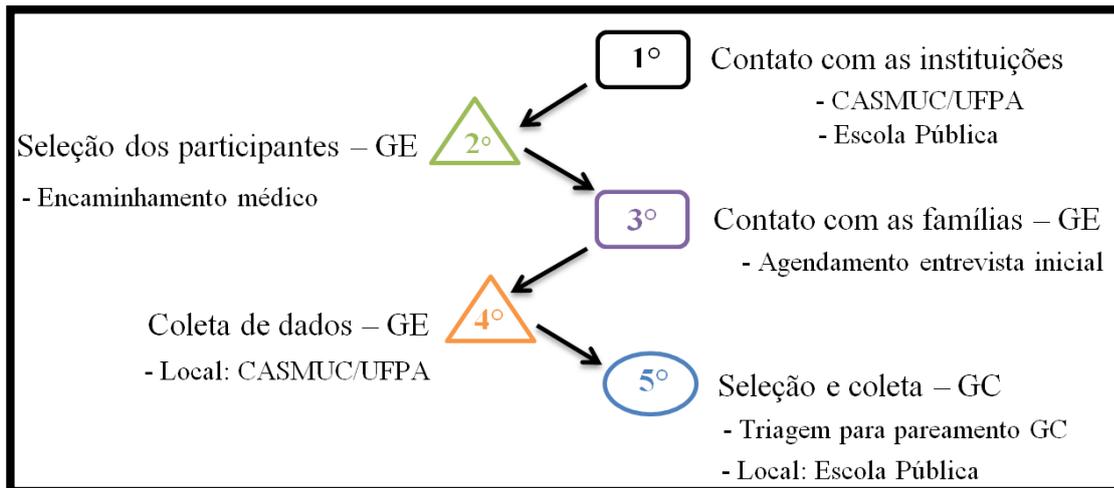
A primeira parte do *Inventário de Rotina Ocupacional*, é respondida pelos pais e permite identificar quais as atividades que a criança realiza em um dia típico, bem como as horas em que as realiza, o lugar e a companhia. A segunda parte deve ser respondida pela criança que deve escolher a opção que melhor traduz e a maneira como pensa que realiza as atividades de rotina. Bem como a importância dessas atividades para si próprio e indicar o quanto gosta de realizar essas mesmas atividades. Ao final, os indivíduos identificam os tipos de atividades que realizam com mais frequência, se auto avaliam nestas atividades, atribuem valor a estas assim como descrevem a motivação para realiza-las.

Procedimentos

- *De coleta de dados:*

Esta pesquisa foi dividida em cinco etapas. A figura 1 apresenta a sequência das etapas de coletas de dados.

Figura 1: Síntese das Etapas da Coleta



A seguir serão descritas detalhadamente as etapas realizadas no procedimento de coleta de dados:

Primeira etapa: Contato com as instituições.

Foi realizado inicialmente contato com as instituições envolvidas na coleta de dados e solicitado autorização para a realização da pesquisa. As instituições incluem: Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e instituições escolares públicas no âmbito municipal e estadual.

Segunda etapa: Seleção dos participantes - GE

Os participantes do GE com diagnóstico ou impressões diagnósticas de TDAH foram encaminhados pelo médico especialista responsável pelo ambulatório de aprendizagem do

CASMUC, previamente contatado e ciente dos procedimentos da pesquisa, assim como dos critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

Terceira etapa: Contato com as famílias - GE.

A equipe de pesquisa realizou agendamento de uma entrevista inicial em uma sala reservada no CASMUC de modo individualizado com as crianças do GE previamente selecionadas e seus respectivos cuidadores.

Quarta etapa: Coleta de dados – GE

O primeiro encontro com os participantes do GE aconteceu no CASMUC, em uma sala climatizada, com mesas e cadeiras apropriadas e iluminação adequada. Após a apresentação e assinatura do termo de consentimento de participação pelo cuidador responsável, no qual constam questões éticas da pesquisa, deu-se início a coleta de dados. Primeiramente o cuidador responsável foi submetido a uma entrevista para aplicação do Questionário clínico-sócio-demográfico e o MTA-SANP-IV, com duração aproximada de 20 minutos.

Um segundo encontro com os participantes do GE foi agendado no mesmo local, para aplicação do WISC-IV. Aos cuidadores e ou responsáveis de crianças com TDAH que fazem uso de medicação psiquiátrica, foi solicitado suspensão por 24 horas do medicamento. Um psicólogo treinado e com experiência no manuseio do instrumento, aplicou o teste utilizando um kit do WISC-IV. O tempo estimado de aplicação foi em média de 1 hora e 30 minutos

Um terceiro encontro foi agendado para a realização da devolutiva dos resultados do WISC-IV. Neste momento era realizado a aplicação do Instrumento de Rotina. A devolutiva foi realizada apenas com os cuidadores, outra via foi anexada ao prontuário da criança no CASMUC. A primeira parte do instrumento de rotina foi aplicado com os pais, a segunda com as crianças. A aplicação demorou em média 30 minutos.

Quinta etapa: seleção e coleta – GC.

Os participantes do GC foram selecionados a partir de instituições escolares públicas no âmbito municipal e estadual, previamente contatadas na primeira etapa do estudo. Foi realizada uma triagem das crianças com o perfil de idade, sexo, renda econômica e escolaridade, pareadas com as crianças do GE.

Através de uma reunião com pais na escola, os responsáveis dos participantes puderam consentir, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a participação de seu filho na pesquisa.

Um primeiro encontro foi agendado em uma sala reservada na escola e de maneira similar à coleta de dados do GE, foi realizada a aplicação de instrumentos. Primeiramente, o pai e/ou cuidador responsável foi submetido a uma entrevista para aplicação do Questionário clínico-sócio-demográfico e o MTA-SANP-IV, com duração aproximada de 20 minutos.

Um segundo encontro foi agendado para aplicação do WISC-IV com as crianças do GC, realizado pelo mesmo psicólogo treinado e com experiência, utilizando o kit do WISC-IV. A aplicação deste instrumento durou em média 1 hora e 30 minutos.

Um terceiro encontro foi agendado para a realização da devolutiva dos resultados do WISC e para a aplicação do Instrumento de Rotina. A devolutiva foi realizada apenas com os cuidadores. Em seguida, os cuidadores e ou responsáveis responderam a primeira parte do instrumento de rotina e as crianças responderam os itens referentes a segunda parte. A aplicação durou em média 30 minutos.

- Cuidados Éticos:

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade Federal do Pará, respeitando as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do sigilo quanto as suas informações pessoais via termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

- Procedimento de Análise:

Após a realização de todas as etapas de coleta, o tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (versão 20.0 para Windows).

Para descrever as informações relativas ao Questionário clínico-sócio-demográfico, ao MTA-SNAP-IV, ao IR e ao WISC-IV, a Análise Exploratória de Dados foi utilizada para descrever as informações de modo simples, direto e objetivo, por meio de tabelas, gráficos e medidas de síntese, como índices e médias para organização e resumo dos dados. A técnica tem como objetivo a coleta, organização, caracterização e síntese dos dados permitindo descrever as características de interesse a serem trabalhadas (Bussab & Morettin, 2017).

Além da análise do tipo descritiva, foram empregados testes paramétricos como o Teste t ou teste de hipótese para comparação entre as médias das variáveis quantitativas estudadas entre os dois diferentes grupos, o GC e GE. De acordo com Bussab e Morettin (2017), neste contexto as hipóteses são afirmações sobre parâmetros populacionais e são testadas para ver se são consideradas verdadeiras ou não. O Teste t pareado é utilizado quando se quer determinar se a média das diferenças entre duas amostras pareadas é diferente de 0 (ou um valor alvo) e para calcular um intervalo de valores que provavelmente inclui a média das

diferenças ao analisar o mesmo conjunto de itens que foram medidos sob duas condições diferentes, as diferenças nas medições feitas sobre o mesmo assunto antes e depois de um tratamento, ou diferenças entre dois tratamentos dados ao mesmo assunto (Bussab & Morettin, 2017).

Para verificar se duas amostras independentes com mais de duas categorias possuem ou não a mesma distribuição dos dados (Ayes et al., 2007) foi utilizado o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov.

4. RESULTADOS

A seção dos resultados e da discussão foram organizados conforme os objetivos específicos estabelecidos na presente pesquisa.

4.1. Descrever o perfil sócio demográfico de crianças com e sem TDAH e seus cuidadores

Os dois grupos foram pareados por escolaridade e sexo, deste modo os valores são iguais para ambos os grupos, com prevalência do sexo masculino (86,67%) e escolaridade distribuída do 3º ao 6º ano escolar, com maioria estudando no 3º ano (40%) e 5º ano (30%) Conforme ilustrado na tabela 1. A faixa etária das crianças variou de 8 a 12 anos, com média de 9 anos, 10 meses e 3 dias para TDAH, enquanto, de maneira similar, as crianças do GC com idade média de 9 anos, 9 meses e 28 dias. Em relação a composição familiar, a maioria de ambos os grupos eram constituída por casal com filhos (GE:56,67% e GC:40%) e família estendida (GE:40% e GC:56,67%), com renda econômica familiar predominante de menos de uma salário mínimo (GE:53,54% e GC:36,67%) e até 2 salários (GE:36,67% e GC:36,67%).

Tabela 1. Características das crianças do GE e GC.

Variáveis	Grupo	Categoria	Quantidade	Percentual
Sexo	GE	Masculino	26	86,67
		Feminino	4	13,33
	GC	Masculino	26	86,67
		Femino	4	13,33
Ano escolar	GE	3°E.Fundamental	12	40,00
		4°E.Fundamental	7	23,33
		5°E.Fundamental	9	30
		6°E.Fundamental	2	6,67
	CG	3°E.Fundamental	12	40,00
		4°E.Fundamental	7	23,33
		5°E.Fundamental	9	30
		6°E.Fundamental	2	6,67
Tempo de diagnóstico	GE	< 1 ano	9	30,00
		≥ 1 a ≤ 2 anos	5	16,67
		≥ 2 a ≤ 3 anos	6	20,00
		≥ 3 a ≤ 4 anos	10	33,33
Apresentação	GE	Desatento	14	46,67
		Hiperativo	14	46,67
		Combinado	2	6,66
	GC	Rastreio negativo para TDAH	30	100,00
Renda Econômica Familiar	GE	≤ 1	16	53,34
		> 1 a ≤ 2	9	30,00
		> 2 a ≤ 3	4	13,33
		> 3 a ≤ 5	1	3,33
	GC	≤ 1	11	36,67
		> 1 a ≤ 2	11	36,67
		> 2 a ≤ 3	5	16,67
		> 3 a ≤ 5	3	10,00
Procedência	GE	Belém	25	83,35
		Zona Rural	5	16,65
	GC	Belém	30	100
Composição Familiar	GE	Casal com Filhos	17	56,67
		Família Extensa	12	40,00
		Monoparental	1	3,33
	GC	Casal com Filhos	12	40,00
		Família Extensa	17	56,67
		Monoparental	1	3,33

Para o grupo GE, especificamente, a apresentação do transtorno se equilibrou entre desatenta (46,67%) e combinado (46,67), com apenas 6,66% do perfil de crianças hiperativa e o tempo de diagnóstico variou de menos de 1 ano até no máximo de 4 anos. Importante ressaltar que nenhuma criança com TDAH desta pesquisa estava em uso de medicação para o transtorno.

As idades dos participantes de ambos os grupos variaram de 8 a 12 anos. A seguir, observa-se a tabela 2 que apresenta mais detalhes sobre amostra.

Tabela 2: Mínimo, Médio e Máximo da variável relacionada à Idade do GE e GC.

Variável	Grupo	Mínimo	Média	Máximo
Idade	GE	GE 8 anos, 0 Meses e 10 dias	9 anos, 10 Meses e 3 dias	12 anos, 0 meses e 0 dias
	GC	8 anos, 1 Meses e 15 dias	9 anos, 9 meses e 28 dias	11 anos, 11 meses e 27 dias

O perfil dos responsáveis e ou cuidadores das crianças de ambos os grupos eram similares, sendo a prevalência da figura materna (GE:83,34% e GC:73,33%), com média de idade de 40 anos para o grupo de crianças com TDAH e 36 anos para o grupo controle, casada (GE:70% e GC:76,67%) e com ensino médio completo/incompleto (GE:50% e GC:60%). No entanto, no GE, uma porcentagem de 70% não possuía emprego fixo, caracterizando 63,34% dos responsáveis a ocupação de dona de casa. No GC, 63,33% dos responsáveis e ou cuidadores trabalhava, com 60% de perfil autônomo (tabela 3):

Tabela 3: Características sociodemográficas dos cuidadores e ou responsáveis

Variáveis	Grupo	Categoria	Quantidade	Percentual
Responsável da criança	GE	Mãe	25	83,34
		Avó	4	13,33
		Pai	1	3,33
	GC	Mãe	22	73,33
		Avó	2	6,67
		Pai	6	20,00
Estado Civil do responsável	GE	Casado	21	70,00
		Solteiro	7	23,33
		Separado	2	6,67
	CG	Casado 23 76,67	23	76,67
		Solteiro 6 20,00	6	20,00
		Separado 1 3,33	1	3,33
Escolaridade do Responsável e ou cuidadores	GE	Fundamental	6	20,00
		Médio	15	50,00
		Técnico	3	10,00
		Superior	6	20,00
	GC	Fundamental	5	16,67
		Médio	18	60,00
		Técnico	0	0,00
		Superior	7	23,33
Ocupação do Responsável e ou cuidadores	GE	Dona de Casa	19	63,34
		Autônoma	2	6,67
		Professora	2	6,67
		Diarista	2	6,67
		Assistente Social	1	3,33
		Cozinheira	1	3,33
		Cuidadora	1	3,33
		Estudante	1	3,33
		Sociólogo	1	3,33
		GC	Dona de Casa	11
	Autônoma		18	60,00
	Professora		1	3,33

4.2. Avaliar o perfil cognitivo de crianças com e sem TDAH

Observa-se na tabela 4 que os valores médios obtidos nos índices Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Velocidade de Processamento (IVP) e QI Total são estatisticamente iguais para ambos os grupos. Apenas na variável Índice de Memória Operacional (IMO) o valor médio do ponto composto do GE é menor estatisticamente ($p \leq 0,012$) que o valor médio do ponto composto do GC. Apesar de apenas o IMO apresentar

diferença significativa, nota-se que o GE possui valores médios inferiores em quase todos os outros componentes do WISC-IV, exceto o de ICV, cujo valor médio foi similar.

Tabela 4. Desempenho por índices do WISC IV

Índices Grupo	Grupo	N	Média D	Padrão	p – valor
Compreensão Verbal	GC	30	91,7	14,3	0,979
	GE	30	91,6	14,7	
Organização Perceptual	GC	30	100,7	12,7	0,296
	GE	30	96,7	16,2	
Memória Operacional	GC	30	95,2	11,4	0,012*
	GE	30	87,2	12,4	
Velocidade de Processamento	GC	30	93,8	10,3	0,526
	GE	30	91,7	14,8	
Q.I TOTAL	GC	30	94,0	10,3	0,208
	GE	30	89,9	14,4	

Nota: * Médias diferentes a partir do teste t, pois, $p \leq 0,05$.

4.4 Descrever a Rotina das crianças com e sem TDAH

Esta sessão foi estruturada com base nos aspectos da rotina, iniciando com os resultados referentes às atividades, em seguida o tempo e finalizada com a companhia das crianças durante a execução das atividades.

4.4.1 Atividades

As atividades relatadas pelos cuidadores das crianças com TDAH referente a um dia típico da semana de suas crianças foram agrupadas em um sistema de 10 categorias que estão distribuídas, ilustradas e definidas do seguinte modo:

- 1) Alimentação: consumo próprio de alimentos,
- 2) Atividades acadêmicas: refere-se às atividades relacionadas à aprendizagem na qual estão inclusos momentos fora do horário da escola. Não se considerou o tempo gasto com o dever de casa realizado no lar,
- 3) Escola: refere-se as atividades realizadas no espaço escolar,

- 4) Cuidado pessoal: está relacionado às práticas correspondentes aos cuidados com a saúde e aparência física, como higiene pessoal, se arrumar e praticar exercícios físicos,
- 5) Descanso: momentos de repouso e ócio (ausência de ocupação) praticados pela criança,
- 6) Deslocamento: se refere à prática de se dirigir à algum lugar,
- 7) Lazer: atividades que são praticadas em momentos de distração e entretenimento,
- 8) Tarefas domésticas: toda atividade relacionada à organização e limpeza de objetos ou espaço físico da casa,
- 9). Reabilitação: se refere às atividades de reabilitação, multiprofissional ou não, praticadas pela criança,
- 10). Dever de casa: refere-se à execução de atividades escolares no âmbito da casa onde a criança habita,

4.4.2 Atividades: tempo e companhia

Considerando um dia típico da semana, foi verificado que as crianças com TDAH dedicam 36,48% do seu tempo ao descanso, 28,16 % ao lazer, 6,35% à alimentação, 4,37% às atividades de Cuidado Pessoal 3,40% às atividades acadêmicas e 1,75% ao dever de Casa. Enquanto as crianças do Grupo Controle dispensaram 37,65% do seu dia com o Descanso, 27,69% com atividades de Lazer, 7,17% foi dedicado à alimentação, 4,52% com atividades de Cuidado Pessoal, 3,11% ao Deslocamento, 2,10% às atividades Acadêmicas, 2,8% ao Dever de Casa conforme pode ser visto na Tabela 5.

Tabela 5. Atividade por tempo e Companhia

Atividade	Grupo	Tempo médio (min)	Companhia por atividade					P(unilateral)	P(bilateral)
			Sozinho (%)	Mãe (%)	Outra criança (%)	Família (%)	Pai (%)		
Alimentação	GE	91,5	56,66	13,33	6,66	23,33	0,0	> 0.05	>0.05
	GC	103,33	73,33	6,66	3,33	13,33	3,33		
Deslocamento	GE	19,33	60,0	20,00	0,0	20,0	0,0	0.0222*	>0.05
	GC	44,83	29,62	14,81	0,0	40,74	14,81		
Atividades Acadêmicas	GE	49,00	61,53	30,76	7,69	0,0	0,0	0.7185	>0.05
	GC	30,33	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0		
Dever de Casa	GE	25,33	22,22	55,55	11,11	11,11	0,0	0.7261	>0.05
	GC	40,35	43,75	25	6,25	25,0	0,0		
Lazer	GE	405,63	43,33	3,33	50,0	3,33	0,0	> 0.05	>0.05
	GC	398,83	43,33	3,33	53,33	3,33	0,0		
Descanso	GE	525,33	40,0	36,66	23,33	0,00	0,0	> 0.05	> 0.05
	GC	543,16	63,33	10,0	0,0	26,66	0,0		
Cuidado Pessoal	GE	63	91,30	0,0	0,0	8,69	0,0	> 0.05	> 0.05
	GC	65,16	83,33	10,0	0,0	6,66	0,0		

Nota: * Médias diferentes a partir da análise de Kolmogorov-Smirnov, pois, $p \leq 0,05$.

Identificou-se, portanto, que não houveram diferenças estatísticas entre os dois grupos. Além disso, observou-se que as crianças de ambos os grupos gastam mais tempo com atividades de descanso e lazer. O GE dispôs em média 525,33 minutos com descanso e 405,63 minutos com atividades de lazer. De forma semelhante o GC empregou 542,16 minutos às atividades de descanso e 398,83 minutos às atividades de lazer. Nestas atividades. No que se refere à companhia durante essas atividades, 40% das crianças do grupo Experimental estão

sozinhas, 36,66% na presença da mãe e 2,10% na presença de outra criança. Não houveram relatos da presença do pai ou de outro membro da família. Já no grupo controle, 63,33% das crianças encontravam-se Sozinhas, 10% na presença da mãe e 26,66% na companhia de outro membro da família. Não houveram relatos da presença de outra criança ou do Pai durante o Descanso.

Observa-se que no grupo Experimental, a companhia da mãe é mais frequente que no grupo Controle. No entanto vale destacar que o Grupo controle, possui a companhia de outros membros da família, enquanto que para o Grupo experimental há apenas a presença de outra criança.

4.4.3 A percepção da criança acerca da Rotina.

No que se refere à Satisfação na categoria Descanso, 90% das crianças do grupo controle apresentaram alto nível de satisfação. 6,66 relataram uma nível médio de satisfação e 3,33% apresentaram baixo nível de satisfação com o Descanso. Enquanto que no grupo controle 93,33% das crianças apresentaram Alto nível de satisfação, 3,33% relataram um nível médio de satisfação e de igual maneira 3,33% relataram baixo nível de satisfação como é ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6. Percepção da Rotina pela criança.

Atividade	Grupo	Categoria	Satisfação	Relevância	Competência
Alimentação	GE	Baixo	7,1%	0%	3,33%
		Médio	21,42%	10%	20%
		Alto	71%	90%	76%
	GC	Baixo	3,33%	0	0
		Médio	16,66	13,33%	20%

		Alto	80,0 %	86,66%	80%
Deslocamento	GE	Baixo	0	0	0
		Médio	23,52%	5,88%	11,76%
		Alto	76,47%	94,11%	76,47%
	GC	Baixo	0	0	0
		Médio	16%	24%	16%
		Alto	84%	76%	84%
Atividades Academicas	GE	Baixo	18,75	0	17,1
		Médio	12,5	14,28	21,42
		Alto	68,75	85,71	71,42
	GC	Baixo	0	0	0
		Médio	40%	0	20%
		Alto	60%	100%	80%
Dever de Casa	GE	Baixo	9,09%	0%	0%
		Médio	18,18%	18,18%	45,45%
		Alto	72,72%	81,81%	54,54%
	GC	Baixo	0%	0%	0%
		Médio	33,33%	12,5%	35,71%
		Alto	66,66%	86,66%	64,28%
Lazer	GE	Baixo	3,33%	3,33%	3,33%
		Médio	6,66%	30%	23,33%
		Alto	80%	60%	73,33%
	GC	Baixo	0	3,33%	0
		Médio	3,33%	36,66%	23,33%
		Alto	93,33%	56,66%	83,33%
Descanso	GE	Baixo	3,33%	6,66%	3,33%
		Médio	6,66%	6,66%	10%
		Alto	90%	90%	86%
	GC	Baixo	3,33%	3,33%	0
		Médio	3,33%	10%	13,33%
		Alto	93,33%	86,66%	86,33%
Cuidado Pessoal	GE	Baixo	17,85%	3,57%	3,57%
		Médio	28,57%	7,14%	32,14%
		Alto	53,57%	89,28%	64,28%
	GC	Baixo	13,33%	0%	0%
		Médio	26,66%	10%	3,33%

		Alto	60%	90%	66,66
--	--	------	-----	-----	-------

A respeito da Relevância na categoria Descanso, 90% das crianças do grupo Experimental consideraram as atividades de descanso Relevantes, 6,66% considerou essa categoria com relevância média e, também, 6,66% apontou esta categoria como de pouca relevância. Já no grupo Controle, 86,66% classificou essa categoria com alta relevância, 10% considerou esta categoria com relevância média e, 3,33% considerou como pouco relevante.

Quanto à competência ainda na categoria Descanso, 86,66% das crianças se percebem como muito competentes, 10% consideram sua competência média e 3,33% se consideram pouco competentes. Já no grupo Controle, 86,66% se consideram muito competentes, 13,33% consideram sua competência média e nenhuma criança (0%) se considerou pouco competente.

Na categoria Lazer, 43,33% das crianças do Grupo Experimental e de igual maneira (43,33%) no grupo controle, estão Sozinhos durante a realização, 3,33% das crianças de ambos os grupos estão na companhia da mãe e de maneira similar, 3,33% das crianças de ambos os grupos encontram-se na presença de outro membro da família. Contudo, 50% das crianças do Grupo experimental estão na presença de outra criança, enquanto 53,33% das crianças do Grupo Controle encontram-se na companhia de outras crianças. Em nenhuma dos grupos houve a presença do Pai nesta categoria.

No que diz respeito à satisfação na categoria lazer, 80% das crianças do Grupo experimental apresentaram alto nível de satisfação, 6,66% das crianças deste grupo apresentou nível médio de satisfação e 3,33% se apresentaram com baixo nível de satisfação. Já no grupo Controle, 93,33% das crianças apresentaram alto nível de Satisfação, 3,33% apresentou satisfação média e nenhuma criança (0%) apontou pouca satisfação nesta categoria.

Quanto à relevância na categoria lazer 60% das crianças do Grupo Experimental considerou as atividades de lazer altamente relevantes, 30% classificou a relevância desta categoria como média e 3,33% apontou esta categoria como pouco relevante. Já no Grupo Controle 56,66 considerou as atividades de lazer com alto nível de relevância, 36,66% considerou a relevância média e 3,33% classificou as atividades de lazer como pouco relevantes.

No que se refere à Competência na realização das atividades de lazer, 73,33% das crianças do grupo controle se percebem com alto nível de competência, 23,33% se considerou sua competência média e 3,33% apontou baixa competência. Já no Grupo controle, 83,33% das crianças percebe sua competência em um nível alto. 23,33 % classificou sua competência como média e nenhuma criança (0%) deste grupo classificou-se com baixa competência.

As crianças do grupo experimental dedicam 19,33 (1, 34%) minutos do seu dia ao Deslocamento. Enquanto que as crianças do grupo Controle dispersam em média 44,83 (3,11%) minutos do seu dia com esta atividade. No item Companhia, observou-se diferença estatística entre os grupos nesta categoria onde a maioria (60%) das crianças do Grupo Experimental realizam esta atividade sozinha e apenas 29,62% das crianças do Grupo experimental não estão na presença de outra pessoa. Além disso, destaca-se que a maioria das crianças do grupo controle (40,74%), se desloca mais frequentemente na companhia de outro membro da família enquanto apenas 20% das crianças do grupo experimental possuem a companhia de outro membro da família. Nesta categoria não houve a companhia de outra criança em ambos os grupos. No entanto, apenas o grupo Controle (14,81%) apresentou a companhia do pai durante o deslocamento.

No que se refere à Satisfação nas atividades deslocamento, em ambos os grupos, nenhuma criança indicou baixo nível de satisfação com a atividade. Além disso 76,47% das

crianças do grupo Experimental apresentou alto índice de satisfação com estas atividades e 23,52% das crianças deste grupo apresentaram uma satisfação média. Já no grupo Controle 84% e 16% das crianças manifestaram alto nível de satisfação e médio e médio nível de satisfação respectivamente.

No que diz respeito à relevância das atividades de Deslocamento, 94,11% das crianças do grupo Experimental consideraram essa atividade altamente relevante, enquanto que apenas 5,88% crianças deste grupo apontou a relevância desse grupo como média. Por outro lado, no grupo controle, 76% das crianças classificou as atividades de deslocamento com alto nível de relevância e, 24% considerou a atividades de deslocamento com relevância média. Nenhuma criança em ambos os grupos considerou essa categoria como pouca ou baixo nível de relevância

Quanto à Competência, 76,47% crianças do grupo Experimental se considerou altamente competente nas atividades de Deslocamento. Vale destacar que este grupo se desloca sem a companhia de outra pessoa na maior parte do tempo. 11,76% das crianças deste grupo se perceberam com competência média para o Deslocamento. De maneira similar, 84% das crianças do grupo controle se percebem como altamente competentes para realizar as atividades de deslocamento e 16% considera sua competência média. Ressalta-se que as crianças do Grupo controle estão na maior parte do tempo acompanhadas por um membro da família.

A respeito das atividades acadêmicas, os participantes do grupo Experimental gastam em média, em um dia típico, 49 minutos (3,4%) com Atividades Acadêmicas, enquanto que o grupo Controle dedica em média 30,33 (2,1%) minutos do seu dia com estas atividades. Vale destacar que menos da metade dos participantes de ambos os grupos (43,33% das crianças do GE e 26,66% das crianças do GC) desenvolvem atividades referentes a esta categoria. Destes,

A maioria (61,33%) das crianças do GE permanecem sozinhas na realização dessas atividades. 30,76% permanecem na companhia da mãe e 7,69% desenvolvem essas atividades na companhia de outra criança. Já no GC, 75% das crianças realizam as atividades acadêmicas sozinhas, 12,5% na companhia da mãe e 12,5% na companhia de outra criança. Nesta categoria não houve a presença de outro membro da família, ou do Pai.

Quanto à Satisfação sobre as Atividades Acadêmicas 68% das crianças do grupo Experimental apresentaram alto nível de satisfação e 12,5% apresentaram satisfação média. No Grupo controle 60% das crianças apresentaram satisfação elevada. E 4,4% indicaram satisfação média. A principal diferença que observou-se foi no grupo experimental onde 18,75% das crianças apresentou um baixo nível de satisfação, enquanto que no grupo controle, nenhuma criança (0%) apresentou esta classificação.

Quanto à Relevância sobre as atividades Acadêmicas, 85,71% das crianças do grupo experimental considerou a atividade altamente relevante e 14,28% classificou a atividade com relevância média. Em ambos os grupos, nenhuma criança (0%) classificou a categoria como pouco ou de baixa relevância. Contudo, todos os participantes do Grupo controle (100%) classificou as tarefas referentes às atividades Acadêmicas como altamente relevantes.

Quanto à competência nas Atividades acadêmicas, 71,42% das crianças do Grupo Experimental se identificaram com alto nível de competência, 21,42% se apresentaram como competência média e 7,1% com baixa competência. Já no Grupo controle 80% das crianças se apresentaram como muito competentes, 20% apresentou competência média e nenhuma criança deste grupo (0%) se apresentou com baixo nível de competência na realização das atividades acadêmicas

A Categoria Dever de Casa é a categoria em que a criança de ambos os grupos menos dedicam o seu tempo. No grupo Experimental, os participantes gastam em média, 25,33 minutos (1,75%) do dia com a realização das tarefas de casa. Já os participantes do grupo Controle dispersam em média 40,35 minutos (2,8%) do dia com atividades referentes a esta categoria. Vale ressaltar ainda, que no grupo controle, mais da metade (70%) dos participantes não realizavam atividades referentes ao dever de casa, já no grupo controle 46,66% dos participantes não realizavam nenhuma atividade nesta categoria.

No que se Refere à Companhia na categoria Dever de Casa, observa-se que no grupo Experimental a maioria das crianças realiza o Dever de casa na presença da Mãe (55,55%) enquanto que no grupo controle, a maioria dos participantes realiza as atividades referentes ao dever de casa sozinha (43,75%). 22,22% das crianças do grupo controle encontram-se sozinhas durante a realização destas atividades, 11,11% estão na presença de outra criança e 11,11% são acompanhados por outro membro da família. No grupo controle, 25% das crianças realizam estas atividades na presença da mãe e de igual maneira, 25% são acompanhadas por outro membro da família. Apenas 6,25% dos participantes do grupo controle realiza as atividades de dever de casa na presença de outra criança. Observa-se que a frequência da companhia do pai é nula em ambos os grupos durante a realização desta atividade.

Quanto à Satisfação referente à realização das atividades de Dever de Casa, 72,72% das crianças do grupo experimental apresentou alto nível de satisfação, 18,18% relatou um nível médio de satisfação e 9,09% apontou um baixo nível de satisfação. Já no Grupo Controle, 66,66% das crianças apresentou satisfação elevada, 33,33% classificou a sua satisfação como média, contudo, diferente do grupo experimental, nenhuma criança (0%) manifestou um baixo nível de satisfação

No que diz respeito à relevância do Dever de casa, 81,81% das crianças do grupo controle classificou as atividades de dever de casa como altamente relevantes e 18,18% apontou que a relevância é média. Em ambos os grupos nenhum participante indicou baixa relevância para a atividade.

No que se refere à competência para a realização das atividades referentes ao dever de casa, 54,54% das crianças do grupo controle indicou se perceber com alto nível de competência na realização destas atividades e 45,45% das crianças deste grupo indicou média competência. Já no grupo controle, 64,28% das crianças indicou a percepção de alta competência nesta categoria e 35,71% apresentou a percepção de média competência para a realização do dever de casa. Tanto no Grupo controle, quanto no grupo experimental, nenhum participante indicou a percepção de baixa competência.

No entanto a atividade que as crianças dos dois grupos acreditam melhor desempenhar e que mais estão satisfeitas em realizar é o Descanso. As atividades de cuidado pessoal foram consideradas as mais relevantes. As atividades onde as crianças sentiram dificuldade mediana são as de dever de casa, conforme pode ser visualizado na tabela 6. Também em ambos os grupos, uma quantidade considerável de participantes, não considera as atividades de lazer relevantes

As categorias Tarefas domésticas, Escola e Reabilitação não obtiveram amostragem mínima para análise estatística. Apenas 2 participantes do GE realizaram Tarefas Doméstica e somente 2 do mesmo grupo realizaram atividades de reabilitação. No GC nenhum participante executa qualquer uma das categorias citadas. Na categoria Escola, os valores descritos em minutos foram de 210 minuto para todos os participantes do GC não apresentando variabilidade estatística.

5. Discussão

5.1. Perfil Sociodemográfico

A crescente quantidade de estudos acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem se justificado pela alta prevalência do transtorno, que varia de 2.7% a 31.1% da população infanto-juvenil em diferentes países (Hora, et al., 2015). Tais estudos têm oferecido dados sobre a frequência, severidade e curso do transtorno em relação ao gênero, idade, área geográfica e fatores psicossociais (Díaz, Jiménez, Rodríguez, & Afonso, 2013; Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003; Hodgkins et al., 2012; Polanczyk et al., 2014). Portanto, caracterizar e compreender essa população é de interesse não apenas da comunidade científica, mas também dos gestores de políticas públicas preocupados com a alocação de recursos destinados à prevenção, proteção e promoção da saúde.

Dentro da amostra selecionada foi encontrado uma prevalência do diagnóstico no sexo masculino (86,67%), com taxa de proporção de 6,5:1 para meninos. Esses dados corroboram com a literatura atual que aponta diferenças entre gêneros, sendo mais frequente entre crianças e adolescentes do sexo masculino (Sánchez, Ramos & Díaz, 2014; Farahat, et al., 2014; Carvalho, Ciasca & Rodrigues, 2015; Lola, et al., 2019). Hora et. al. (2015) ratificam que mais da metade das pesquisas analisadas confirmaram a prevalência desse transtorno no sexo masculino, embora tenham encontrado estudos que não identificaram diferença significativa do TDAH entre os gêneros

Em comparação, nas pesquisas realizadas por França (2018) a maioria das crianças também eram do sexo masculino, mas não houve a distinção entre os subtipos de apresentação dos sintomas. Neste estudo 46,67% dos participantes apresentaram prevalência do subtipo desatento, do mesmo modo, 46,67% apresentaram prevalência do subtipo combinado e apenas 6,66 apresentaram o subtipo hiperativo. Entre os três tipos de apresentação do TDAH, a forma combinada, que compreende tanto os sintomas de desatenção como os de hiperatividade, é

observada com mais frequência (Amiri, et al., 2010; Ndukuba, et al., 2014). Em contrapartida, Hora, et al., (2015) apontam que não há consenso na literatura acerca da prevalência de um único subtipo. Neste sentido a apresentação dos sintomas depende do contexto e da seletividade da amostra.

A despeito das evidências epidemiológicas, o fato é que as diferentes manifestações dos sintomas podem causar impactos diversos na vida de crianças. A apresentação predominante do tipo desatento traz mais prejuízos à aprendizagem, uma vez que a dificuldade recai sobre a atenção concentrada, função básica as outras funções mentais. Enquanto que na apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, a criança apresenta mais prejuízos nas interações sociais, devido ao comportamento agitado, impulsivo e à dificuldade em seguir regras. Na apresentação combinada, os prejuízos incidem tanto na aprendizagem como nas interações sociais (Costa Dorneles; Rohde, 2012; Santos; Vasconcelos, 2010)

Quanto aos cuidadores de crianças com TDAH, a maioria deste estudo eram mães biológicas, que dividiam os cuidados dos filhos com um companheiro. 70% destas mães não tinham emprego fixo, ou renda pessoal, sendo a sua ocupação exclusivamente como cuidadora do menor e do lar. A escolaridade das cuidadoras variou entre o ensino médio completo e incompleto e, as famílias encontravam-se em situação de pobreza, cuja renda econômica predominante era menor do que um salário mínimo (53,54%). Neste estudo os pais se apresentam como os principais responsáveis pela renda familiar, corroborando com os achados de França (2018) que apontam a figura masculina como o provedor econômico na família, se restringindo as atividades laborais fora de casa e deixando a criança com TDAH aos cuidados da mãe.

A renda familiar somada a outras variáveis sócio demográficas como raça, número de irmãos, idade dos pais, transtornos psiquiátricos na família, conduta agressiva dos pais,

transtorno mental materno e problemas pré e perinatais são consideradas fatores de risco para o TDAH (Golfeto & Barbosa, 2003). Neste sentido, as variáveis sociodemográficas podem influenciar nos distúrbios cognitivos e do aprendizado e geram impacto direto nos resultados dos testes de inteligência. O nível de instrução e escolaridade dos pais também tem se mostrado como uma variável que impacta o desenvolvimento das crianças (Monteiro, 2018).

Borja e Ponde (2009), verificaram que 57,2% das mães e 61,8% dos pais de crianças com TDAH não possuíam o ensino médio, sugerindo uma correlação positiva entre a renda familiar, a escolaridade dos pais e os resultados de evocação cognitiva dos filhos ou seja, na medida em que aumenta a renda familiar mensal aumenta o potencial de evocação cognitiva da criança. Sandra (2018) em seu estudo longitudinal, identificou associações entre a baixa escolaridade dos pais, as características do ambiente familiar e o aumento do risco de sintomas de TDAH.

5.2 Perfil cognitivo

No que refere ao perfil cognitivo, tanto o GE quanto o GC, obtiveram o rendimento dentro da faixa média esperada para idade em quase todos os domínios do WISC-IV (ICV, IOP, IMO, IVP), salvo o índice de memória operacional (IMO), cujo valor no GE foi estatisticamente inferior (GE: 87,5 e GC: 95,2, $p \leq 0,012$). Esses achados corroboram com diversos estudos que têm contribuído para a definição de um perfil para o TDAH, inclusive estabelecendo diferenças entre seus subtipos. Muitos resultados apontam claramente que o Índice de Memória Operacional/Trabalho é o mais prejudicado no Transtorno (Bustillo & Servera, 2015; Devena & Watkins, 2012; Fenollar-Cortés et al., 2014; Mayes & Calhoun, 2006; San Miguel-Montes & colaboradores, 2010),

Ignácio e colaboradores (2008) não encontraram diferenças significativas entre os índices gerais nas crianças com TDAH, utilizando a versão anterior da Escala Wechsler para

crianças. Contudo, apontaram desempenho abaixo da média nos seguintes subtestes: informação, aritmética, código, dígitos e procurar símbolos. O baixo desempenho nos subtestes citados pode indicar dificuldade dos sujeitos quanto à amplitude atencional, concentração e velocidade de processamento, com expressão destes déficits na capacidade de aquisição de novas informações, ou seja, do processo de aprendizagem. Entretanto, o WISC IV, tem demonstrado maior sensibilidade que sua versão anterior no delineamento das fraquezas (atenção, velocidade de processamento e habilidades grafomotoras) e dos pontos fortes (raciocínio visual e verbal) em crianças com o transtorno (Mayes & Calhoun, 2006).

Quanto ao desempenho nos subtestes do WISC IV, houve uma associação negativa ($\beta=-0.05$, $p=0.02$) entre as diferenças de scores de crianças com o transtorno no subteste dígitos, que compõem o IMO, e aumento da idade ($\beta=-0.05$, $p=0.02$), indicando que para cada acréscimo de um ano na idade o tamanho do efeito diminuiu em 0.05 (Ramos, Hamdan & Machado, 2019). Outros achados indicam que crianças com TDAH também apresentam desempenho no IMO inferior aos de crianças com outros transtornos (Faedda, et al., 2019). Além disso, prejuízos na memória operacional podem ocasionar o rebaixamento do QI Total (Wechsler, 2013).

Buttow e Figueredo (2019) analisaram a sensibilidade do Índice de Memória Operacional (IMO) da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4ª Edição, na identificação de dificuldades em 40 crianças e adolescentes com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Através do SNAP-IV para pais/responsáveis e os subtestes do WISC-IV, identificou-se IMO rebaixado quando comparado com o escore esperado para a população geral e, em Dígitos, observou-se o menor desempenho do grupo. Concluiu-se que o Índice de Memória Operacional é adequado para diagnosticar e avaliar déficits de atenção e de memória em crianças e adolescentes com TDAH.

Corroborando com os achados da literatura, Soria, Fenollar, Carbonell e Real (2020) utilizaram o WISC-IV para avaliar a memória de trabalho e a velocidade de processamento de 95 sujeitos com TDAH e 35 sujeitos sem o diagnóstico. Em relação a crianças típicas, o grupo com TDAH apresentou resultados significativamente menores no QI total, memória de trabalho e índices de velocidade de processamento. Desta maneira as evidências empíricas sugerem que pesquisas acerca da memória operacional é fundamental na avaliação neuropsicológica de crianças encaminhadas com TDAH ou impressões diagnosticas do transtorno.

5.2 Rotina

Diversos estudos têm buscado compreender o impacto da presença de um transtorno na estrutura da rotina de pais e mães de crianças com alterações no desenvolvimento. Silva e Pontes (2016) e Silva e Cavalcante (2015) investigaram a reestruturação da rotina de cuidadores de crianças com paralisia cerebral, microcefalia com macrocefalia extrema em prol de cuidados a essas crianças. França (2018) verificou a relação entre o estresse parental, a rotina de cuidadores de crianças com o diagnóstico de TDAH e as características cognitivas das crianças. Contudo, a literatura ainda carece de estudos acerca da rotina das crianças que convivem com o transtorno, bem como as suas percepções acerca das atividades desempenhadas nessa rotina.

Neste estudo, o GE assim como o GC empregou mais tempo com Descanso (525,33 min e 543,16 min respectivamente), não apresentando diferenças estatísticas entre eles (valor- $p = 0,288$). Além disso, identificou-se que a maioria dos participantes do GE (90%) considera importante as atividades de descanso, bem como se percebem competentes e satisfeitos em realiza-las. Anacleto et al (2011) em sua revisão de literatura ressaltam que a associação entre padrões de sono e atividade motora ainda necessita ser investigada, pois alguns achados

corroboram a ideia de que, pelo menos em um subgrupo de pacientes, os sintomas de hiperatividade podem ter duração de 24 horas, ou seja, permanecer durante o sono, com maior movimentação nesse período. Outros, entretanto, sugerem que a perturbação do sono causada pelos movimentos executados pela criança adormecida poderia contribuir para a sintomatologia diurna do TDAH. Estes dados são congruentes com a noção apresentada por Leng, McEvoy, Allen e AlKristine (2017) que consideram a manifestação de sintomas de hiperatividade uma forma de contornar a sonolência excessiva que as crianças com TDAH apresentam, dados os diversos problemas de sono que possuem.

No que diz respeito ao tempo gasto na categoria Dever de casa, tanto os participantes do GE, quanto do GC ultrapassam os 60 minutos diários. Além disso, em ambos os grupos os participantes apresentaram altos níveis de satisfação, relevância e competência nesta categoria. No entanto, vale ressaltar que apenas 53,3% e 43,3% dos participantes do GE e GC respectivamente realizam atividades referentes a essa categoria. Discussões acerca deste dado são relevantes, visto que a dificuldade com a realização do dever de casa é um dos critérios diagnósticos pra TDAH (Matos, 2006). A criança, em seu desenvolvimento típico, na maioria das vezes, não é capaz de organizar sozinha seu dever de casa, por pouco que seja, possivelmente porque não possui a habilidade ou a motivação para a realização de determinadas tarefas (Calixto, 1995).

Um estudo realizado por Suehiro e Boruchovitch (2016) teve como objetivo descrever os hábitos e as estratégias relativas à realização da lição de casa de 426 alunos, entre 10 e 17 anos, afim de compreender quais são os recursos empregados pelos alunos durante a realização do dever de casa. O estudo constatou que alunos mais novos, da amostra pesquisada, obtiveram médias mais elevadas no que diz respeito a Hábitos e Estratégias Benéficas à Aprendizagem e que os alunos mais velhos são os que menos descreveram possuir hábitos e estratégias de

aprendizagem no momento da realização da lição de casa. Entretanto, apesar disso, não constatarem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao gênero ou ao desempenho dos estudantes.

Ainda sobre a realização do dever de casa, a companhia predominante durante essa atividade é a Mãe. Esses dados corroboram com os estudos de Sígolo e Lollato (2001), Dedeschi (2011) que revelam que a mãe, com maior frequência, é quem acompanha as atividades escolares dos filhos e, a partir da realização de tarefas, em casa os pais podem perceber o desenvolvimento ou não de novos comportamentos. Carvalho (2004, p. 94) aponta que o dever de casa é considerado uma estratégia de ensino, isto é, de fixação, revisão, reforço e preparação para aulas e provas, na forma de leituras e exercícios. Porém, essa atividade também se justifica pela construção da independência, autonomia e responsabilidade do estudante por meio do desenvolvimento de hábitos de estudo e pontualidade. A inserção do dever de casa nas rotinas familiares é importante para a elaboração de rotinas mais visíveis e descritíveis, propiciando o conhecimento acerca dos modos com que as pessoas ou famílias organizam suas práticas de cuidado e processam as informações, conhecimentos e experiências de saúde (Denham, 2002 & Larson 2014).

A categoria Deslocamento foi a única que apresentou uma diferença estatística entre os dois grupos. Na dimensão Companhia, as crianças do GE se deslocam sozinhas com mais frequência do que as crianças do GC. Esses dados sugerem a ausência de suporte familiar e rede de apoio às famílias de crianças com TDAH. Corroborando com os achados de França (2018) que identificou que não há a participação de outras pessoas, além da mãe, no cuidado de crianças com características de TDAH.

As categorias Tarefa Domésticas e Atividades de Reabilitação não obtiveram amostra significativa no grupo experimental e, de igual maneira, no grupo controle. Estes resultados

chamam atenção, uma vez que a literatura aponta a relação direta e positiva entre a regularidade das rotinas familiares e a satisfação das famílias com a sua qualidade de vida. Além disso, a disponibilidade de atividades e a frequência das rotinas familiares estão fortemente associada a um maior nível de satisfação da qualidade de vida. (Schlebusch, Samuels, & Dada, 2016). A participação em tarefas domésticas vem sendo estudada ao longo das últimas décadas por pesquisadores das áreas da psicologia e das ciências sociais (Rogoff, 2003). A participação na rotina doméstica pode ser relevante para informar sobre a sua funcionalidade, bem como sobre as acomodações e estratégias realizadas pela família para possibilitar o envolvimento da criança na rotina familiar. O acesso às tarefas, a quantidade de assistência disponibilizada e o quanto a criança é responsabilizada por tarefas de natureza pessoal ou familiar são aspectos que podem se tornar marcadores importantes do processo de desenvolvimento da criança (Dunn, 2004). Além disso a participação nessas atividades promove a coesão familiar e associam-se a níveis mais baixos de depressão e ansiedade, além de promover maior capacidade de auto-regulação em crianças (Humphrey & Wakeford, 2006; Pennick, 2013; Bridley & Jordan, 2012).

Law (2000) aponta que a participação das crianças em atividades domésticas, esportes e outros programas comunitários são diretamente influenciados por renda, disponibilidade diferencial de oportunidades, valores e modelos. Além disso, a presença de apoio psicossocial de familiares ou amigos íntimos promove a participação em atividades domésticas, escolares e comunitárias influenciando positivamente na saúde e no bem-estar das crianças (Law, 2002 & Organização Mundial da Saúde 2007) além disso, representa um ambiente que potencializa a capacidade das crianças de aprenderem novas habilidades e desenvolver relacionamentos saudáveis (Rogoff, 2003)

Drummond (2014) aponta que as crianças no contexto brasileiro participam mais das tarefas de cuidado próprio do que de cuidado familiar; contudo a participação nas tarefas

domésticas é reduzida. Com isso, o desempenho em maior número de tarefas, o menor grau de assistência ofertada pelos cuidadores e a independência da criança nas tarefas de cuidado familiar estão associados à ausência de empregada doméstica mensalista, ao avanço da idade da criança, e à mãe que não trabalha fora. A presença da mãe brasileira em casa potencializa a participação da criança e do adolescente nas tarefas de cuidado familiar. Corroborando com estes achados, Dunn e colaboradores (2009) revelaram que o avançar da idade da criança e a presença de irmãos mais velhos potencializam a execução de maior número de tarefas domésticas. Adicionalmente, os resultados também revelaram que a quantidade de tarefas realizadas por crianças com o déficit não difere das crianças sem o déficit.

No que se refere ao TDAH, o estudo de Mendes et al. (2016) avaliou os fatores relacionados ao transtorno que poderiam influenciar a participação doméstica da criança, investigando fatores como a quantidade de sintomas de TDAH ou de comorbidades como TOD e, revelou que maior número de sintomas de TDAH não é preditivo para a participação em tarefas domésticas, mas sim a presença de um grupo específico de sintomas e o TOD. Esses resultados convergem com a literatura reforçando que prejuízos funcionais do TDAH podem ser mais significativos na presença de comorbidades associadas (BOOSTER et al., 2012).

Na revisão sistemática realizada por Mendes, Mancine e Miranda (2018) que teve por objetivo avaliar o conhecimento científico acerca da participação doméstica de crianças e adolescentes com déficit de atenção e hiperatividade e as implicações para a prática clínica, os autores destacam que são poucos os estudos envolvendo crianças com déficit de atenção com hiperatividade, não sendo possível realizar generalização dos achados. Investigações futuras sobre outros fatores do ambiente domiciliar são necessárias para ampliar o conhecimento sobre a participação dessa população e nortear intervenções para a prática clínica.

6. Considerações Finais.

Este estudo contribui para literatura, pois apresenta informações importantes para compreensão da rotina de crianças com TDAH. Tendo como principais achados as semelhanças da rotina e, do perfil cognitivo, entre crianças com e sem as características do transtorno. Além disso, os resultados sugerem que as variáveis referentes à rotina e ao perfil cognitivo não possuem relação, uma vez que ambos os grupos apresentaram desempenho dentro da média esperada no WISC IV e, não se distinguem em termos da estrutura da rotina. Destaca-se que as crianças com e sem TDAH estão inseridas em ambientes com características semelhantes em termos de oportunidades de estímulos. O que sugere que o ambiente exerce forte influência sobre o desenvolvimento cognitivo

À respeito de suas contribuições, este estudo apresenta limitações uma vez que seus resultados foram coletados com um número reduzido de participantes. Além disso, o GE consiste em 30 crianças com TDAH, cujas famílias buscavam atendimento em um centro de referência em saúde materno-infantil, o que pode reduzir a diversidade e limitar a representatividade da amostra. Portanto, é recomendada a aplicação em grupos maiores em números de participantes e mais diversificados entre si. No que se refere ao GC, deve-se ampliar o número de escolas avaliadas e o tipo, dentre pública e privada. Ademais, os dados coletados com o IR podem estar sob controle da desejabilidade social, ou seja, os participantes informam a resposta que eles imaginam socialmente desejável e que pode ser distinta da realidade. Além disso, o IR, adaptado pelos pesquisadores para realizar esta pesquisa, ainda precisa de outras propriedades de medida, como validade de construto e confiabilidade para determinar sua validação na população brasileira.

Para pesquisas futuras, sugere-se a análise da rotina dentro dos ambientes escolares, assim como a observação direta do cotidiano de crianças com TDAH e seus cuidadores. Bem

como avaliar, através de estudos longitudinais, o padrão de execução e desenvolvimento das estruturas da rotina de crianças.

REFERÊNCIAS

- Alves, G. A., & Rozenhal, M. (2006). Avaliação neuropsicológica dos circuitos pré-frontais relacionados à tomada de decisão na esquizofrenia: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 330-341.
- Araújo, R. S. (2020) Fatores associados ao mau desempenho escolar de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Revista Saúde.com-Ciência NI*, p. 31-42
- Axelson, V., Pena, P. (2015) As funções executivas e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na primeira infância. *Psicologia.pt a*: 2015-12-07
- Ardila, A. & Ostrosky-Solís, F., (1996). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico*. Mexico: Editorial Trillas.
- American Psychiatric Association, [APA], (1987). *DSM-III, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (3ª ed.; Texto Revisado.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª ed). Washington (DC): American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with

attention $\frac{3}{4}$ Deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1997;36 (10 Suppl):85S-121S

Anacleto, Tâmile Stella, Louzada, Fernando Mazzilli, & Pereira, Érico Felden. (2011). Ciclo vigília/sono e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Paulista de Pediatria*.

Barbosa D. L. F. (2015) Intervenções cognitivas e comportamentais. In: Miotto EC, ed. *Reabilitação neuropsicológica e intervenções comportamentais*. São Paulo: Roca; 2015. p.61-80.

Barbosa, M.C.S., (2006). *Por amor e por força: rotinas na educação infantil*. Porto Alegre. Artmed, 2006. 236p.

Barros, M. P. & Hazim, I.; (2013). Avaliação das Funções executivas na Infância: Revisão dos conceitos e dos instrumentos. *Psicologia em Pesquisa*. UFJF.

Bastos C. B. R. & Queiroz S. S. (2018) Noções de Conservação e de Reversibilidade Lógica em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). *Rev. Psicopedagogia*. 2018;35(108):261-269

Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Robin, A. L., Lovett, B. J., Smith, B. H., Cunningham, C. E., Shapiro, C. J., Connor, D. F., DuPaul, G. J., Prince, J. B., Dooling-Litfin, J. K., Biederman, J., Murphy, K. R., Rhoads, L. H., Cunningh, L. J., Pfiffner, L. J., Gordon, M., Farley, S. E., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Hathway, W. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (3º ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Trad. Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. London: The Guilford Press.
- Barkle, R. A. & Fischer, M. (2019). Hyperactive Child Syndrome and Estimated Life Expectancy at Young Adult Follow-Up: The Role of ADHD Persistence and Other Potential Predictors Russell.
- Biederman J., Milberger S., Faraone S. V., Kiely K., Guite J., Mick E (1995). Family-environment risk factors for ADHD: a test of Rutter’s indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52: 464-70.
- Benczik E.B. P. (2000) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. Um guia para profissionais. 4ª ed. *São Paulo: Casa do Psicólogo*; pg. 110
- Bellini, P., Benczik. E. B. P. & Casella E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção *Rev. Psicopedagogia*; 32(97): 93-103
- Boyce W. T., (1997) al. Influence of Life Events and Family Routines on Childhood Respiratory Tract Illness. *Pediatrics*, v. 60, n. 4, p. 609-615.
- Boyce W.T., (1983) The Family Routines Inventory: Theoretical Origins. *Social Science and Medicine*, v. 17, n. 4, p. 193-200, 1983.
- Boyd, B. A., McCarty, C. H., & Sethi, C. (2014). *Families of Children with Autism: A Synthesis of Family Routines Literature*. *Journal of Occupational Science*, 21(3), 322–333. doi:10.1080/14427591.2014.908816

- Bourdieu P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity Press
- Bussab, W. O; Morettin, P. A.(2017). *Estatística Básica*. 9.ed., Saraiva.
- Büttow, C. S., & Figueiredo, V. L. (2019). O Índice de Memória Operacional do WISC-IV na Avaliação do TDAH. *Psico-USF*, 24(1), 109-117. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240109>
- Carvalho. M., (2004). *Escola como extensão da família ou família como extensão da escola? O dever de casa e as relações família-escola*. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro
- Capovilla, Alessandra Gotuzo Seabra, Assef, Ellen Carolina dos Santos, & Cozza, Heitor Francisco Pinto. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 51-60.
- Cheung, K., Aberdeen, K., Ward, MA et al. (2018). Depressão materna em famílias de crianças com TDAH: uma metanálise. *J Child Fam Stud* 27, 1015-1028.
- Corso, L. & Meggiato A. O. (2019) Quem são os alunos encaminhados para acompanhamento de dificuldades de aprendizagem? *Rev. Psicopedagogia*; 36(109): 57-72
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*. New York: W W Norton & Company.
- Cortez, M. T. & Pinheiro, A. M. (2018). TDAH e escola: incompatibilidade? *Paidéia. Revista de psicologia da Universidade da Fumec*. Belo Horizonte Ano 13 n. 19 p. 49-66
- Dedeschi, S. C. (2011). Bilhetes reais e/ou virtuais Uma análise construtiva da comunicação entre escola e família. *Dissertação de Mestrado*. Universidade de Campinas
- Desman, C., Petermann, F., & Hampel, P. (2008). Deficit in response inhibition in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Impact of motivation? *Child Neuropsychology*, 14, 483-503.

- Denham, S. A., (1995). Family Routines: A construct for considering family health. *Holistic Nursing Practice*, v. 9, n. 4, p. 11-23.
- Denham, S. A. (2002). Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. *Advances In Nursing Science*, v. 24, n. 4, p. 60–74.
- Denham S. A. (2003) *Family Health A Framework for Nursing*. 1 st ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Dias, N. M., Menezes, A., & Seabra, A. G. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Revista Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80-95.
- Doidge, J. L., Flora, D. B., & Toplak, M. E. (2019). A Meta-Analytic Review of Sex Differences on Delay of Gratification and Temporal Discounting Tasks in ADHD and Typically Developing Samples. *Journal of Attention Disorders*
- Dockett, S. et al. (eds.), *Families and Transition to School, International Perspectives on Early Childhood Education and Development* 21, DOI 10.1007/978-3-319-58329-7_3
- Dunn, L. (2004). Validation of the CHORES: a measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11(4), 179-90.
- Dunn, L., Coster, W., Orsmond, G., & Cohn, E. (2009a). Household Task Participation of Children With and Without Attentional Problems. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 29(3), 258-73.
- Effgem V. Canal, C. P., Missawa, D. D. & Rossetti, C. B. (2017). A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 25(26), 34-45.
- Farber, B., & Ryckman, D. B. (1965). Effects of severely mentally retarded children on family relationships. *Mental Retardation Abstracts*, 2, 1-17.

- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews: Disease Primers*, 6(1).
- Fernandes G. C. M., (2011) Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós desastre [tese]. Florianópolis (SC): *Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.*
- Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P., & Cosenza, R. M. (2014). Neuropsicologia: teoria e prática. *Porto Alegre: Artmed.*
- Furukawa, E., Alsop, B., Caparelli-Dáquer, EM et al. (2019) Ajuste comportamental à disponibilidade de recompensa assimétrica em crianças com e sem TDAH: efeitos de contingências de reforço passadas e atuais. *TDAH Atten Def Hyp Disord*; 11, 149-158 .
- Cosenza, R. M., & Guerra, L. B. (2011). *Neurociência e Educação: Como o cérebro aprende.* Porto Alegre: Artmed.
- Gallimore R., Weisner T. S., Kaufman S. Z., Bernheimer L. P. (1989). The social construction of ecocultural niches: family accommodation of developmentally delayed children. *Am. J. Ment. Retard.* 94 216–230
- Goia, K. (2017). *Giving Voice to Families from Immigrant and Refugee Backgrounds During Transition to School.* Springer International Publishing AG 2017 37
- Goldberg, E. (2002). O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada. *RJ: Imago.*
- Justin Newton Scanlan; Anita C. Bundy. (2011) Development and Validation of the Modified Occupational Questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 65, e11-e19.

- Han, D.D. e Gun, H. (2006). Comparison of the monoamine transporters from human and mouse in their sensitivities to psychostimulant drugs. *BMC Pharmacol.*, 6, 1471-1480.
- Hora, A. F., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F. & Nobre, J. P. (2015). The prevalence of ADHD: a literature review. *Psicologia*, 29(2), 47-62.
- Hoyos, O. L. (2018). Neuroimaging and executive function in dyskinetic cerebral palsy. Tese doctoral. Universidad de Barcelona.
- Kielhofner, G. (2008). Model of human occupation: Theory and application. *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*
- Kielhofner G. & Brinson M. (1989) Development and Evaluation of an Aftercare Program for Young chronic Psychiatrically Disabled Adults. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9:2, 1-25
- Kofler, J. M., Rapport, D. M., B., Sarver, E. D., Raiker, J. S., Orban S. A., Friedman M. L., & Kolomeyer E. G. Reaction time variability in ADHD: A meta-analytic review of 319 studies. *Clinical Psychology Review* Volume 33, Issue 6, August 2013, Pages 795-811
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640–649.
- Larson, R. W., Verma, S.(1999) How Children and Adolescents Spend Time Across the World: Work, Play, and Developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, v. 125, n. 6, p. 703-736.
- Larson, E. A. Children's work: the less-considered childhood occupation. *Am J Occup Ther.*, v. 58, n. 4, p. 369-379, july/aug. 2004.
- Larson, E. A. (2006). Caregiving for a child with autism: does their propensity for routines help or hinder participation in daily family activities? *OTJR* 26,1–11.

- Larson E, Miller-Bishoff T. (2014). Family routines within the ecological niche: an analysis of the psychological well-being of US caregivers of children with disabilities. *Frontiers in Psychology*. 5(1):1–10.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th Ed.). New York: Oxford University Press.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Def Hyp Disord.*, 2, 241–255.
- Lopes R., Nascimento, R. & Bandeira, D. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74.
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de Neuropsicologia*. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos.
- Humphrey, R., & Wakeford, L. (2006). An occupation-centered discussion of development and implications for practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 258–267
- Malloy-Diniz, L. F., Sedo, M., Fuentes, D., & Leite, W. B. (2008). Neuropsicologia das Funções Executivas. Em Fuentes, D; L. F. Malloy-Diniz., Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M., et al. (Eds). *Neuropsicologia: Teoria e Prática* (pp 187-206). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Malloy-Diniz, L. F., Capellini, G. M., Malloy-Diniz, D. N. M., & Leite, W. B. (2008). Neuropsicologia no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Em Fuentes, D., L. F. Malloy-Diniz., Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M., et al. *Neuropsicologia: Teoria e Prática* (pp:241-255). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Marquenie, K., Rodger, S., Mangohig, K., & Cronin, A. (2011). Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 145–154. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00896.x

- Martins, G. L., León, C. B. , & Seabra, A. G. (2016). Estilos parentais e desenvolvimento das funções executivas: estudo com crianças de 3 a 6 anos. *Psico*, 47(3), 216-227.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro M. A., Rohde L. A. & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 290-297.
- Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatr*, 5(4), 379-386
- Martins, N., Menezes, A., Seabra, A. (2010). Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, v. 1, n. 1, p. 80-95, jun. 2010
- Mendes, C. G., Mancine, M. C. & Miranda, G, M. (2018). Household task participation of children and adolescents with ADHD: a systematic review. *Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos*, v. 26, n. 3, p. 658-667
- Michels e Gonçalves (2014). Funções executivas em um caso de TDAH adulto: a avaliação neuropsicológica auxiliando o diagnóstico e o tratamento. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 6(2), 35-41
- Miyake, A. & Friedman N. P. (2012) The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Current directions in psychological science (Print)*. Vol 21, Num 1, pp 8-14, 7 p ; ref : 3/4 p
- Oswald SH, Kappler CO. Relações familiares de crianças com TDAH. In: Louzã Neto MR, ed. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.368-77.

- Rezende, F. P., Calais. S. L., & Cardoso H. F. (2019). Estresse, parentalidade e suporte familiar no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*.
- Rossini, D., & Fuentes, D. (2008) Neuropsicologia do jogo patológico. Em Fuentes, D., Malloy-Diniz, L., Camargo, C. H. P., Cosenza, R. M., et al. *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp: 324-334). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rogoff, B. A. (2003) natureza cultural do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed. 355p.
- Rodrigues, V. (2019). Representações sociais de professores do ensino fundamental sobre o TDA/H *Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação*. Tese de Doutorado.
- Ribeiro, Simone Pletz. (2016). TCC e as funções executivas em crianças com TDAH. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 126-134
- Rohde, L. A., (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 31(3): 124-131.
- Rohde L. A, Biederman J., Knijnik M. P., Ketzner CR, Chachamovich E, Vieira G. M., et al. (1999). Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. *J Attention Dis* 1999;3(2):91-3)
- Rohde, Barbosa, Genário, T., Silzá, & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(Suppl. 2), 07-11.
- Rust, K. M., Barris, R., & Hooper, F. H. (1987). Use of the Model of Human Occupation to Predict Women's Exercise Behavior. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 7(1), 23-35.

- Silva, S. S. C.; pontes, F. A. R.; santos, T. M.; Maluschke, J. B.; Mendes, I. S. A.; silva, s. D. B. (2010). Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v. 26, n. 2, p. 341-350.
- Silva, S. S. C.; Pontes, F. A. R.(2016). Rotina de famílias de crianças com paralisia cerebral. *Educar em revista*, n.59, pp.65-78.
- Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168
- Sagvolden, T.; Johansen, E.; Aase, H. & Russell, V. (2005). A dynamic developmental theory of ADHD predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*,28(3), 397-419.
- Schlebusch, L., Samuels, A. E., & Dada, S. (2016). South African families raising children with autism spectrum disorders: relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 412–423. doi:10.1111/jir.12292
- Silva, M. D. C. (2015). Impacto da perturbação do Neurodesenvolvimento na família. *Dissertação de mestrado em Psicologia clínica e da Saúde*.
- Silva, J. V. A. & Takase, E. Aspectos neurobiológicos do TDAH e a TCC como modelo psicoterápico. *Revista Digital*, N° 141. Recuperado em v, 28, 2010
- Sigolo, S. R. R. L., & Lollato, S. O. (2001). Aproximações entre escola e família: um desafio para educadores. In C. R. S. L. Chakur (Org.), *Problemas da educação sob olhar da psicologia* (pp. 37-65).

- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Hall, H. A., Sigurdsson, J. F., Young, S & Gudjonsson G, H. (2017) An epidemiological study of ADHD and conduct disorder: does family conflict moderate the association? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 52:457–464
- Szobot, C., Eizirik, M. Cunha, R. D., Langleben, D., & Rohde, L. A. (2001). Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 32-35.
- Szobot, C., & Stone, I. R. (2003). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: base neurobiológica. Em L. A. Rohde & P. Mattos (Orgs.), *Princípios e práticas em TDAH* (pp. 53-62). Porto Alegre: Artmed.
- Sousa, P. C. A., (2016) de. Relações entre inteligência e funções executivas em crianças com altas habilidades/superdotação. *Dissertação (Mestrado em Psicologia)* - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- Schlebusch, L., Samuels, A. E., & Dada, S. (2016). South African families raising children with autism spectrum disorders: relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*,
- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia., M & Carmona-Márquez,. J. (2017) Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems *Frontiers. Psychol.*, 22
- Soria, I., Fenollar, J., Carbonell, J & Real, M (2020), Memória de trabalho e velocidade de processamento avaliadas pelo WISC-IV como chaves na avaliação do TDAH. *Jornal de Psicologia Clínica com Crianças e Adolescentes* , Vol. 7, Nº 1, 2020 , p. 23-29

- Santos, T. P. & Francke I. (2017). O Transtorno déficit de atenção e os seus aspectos comportamentais e neuro-anatomo-fisiológicos: Uma narrativa para auxiliar o entendimento ampliado do TDAH. *Psicologia.pt* ISSN 1646-6977
- Styck, K. M., y Watkins, M. W. (2014). Structural validity of the WISC-IV students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1-8.
- Skinner BF. *Tecnologia do ensino*. São Paulo: Herder; 1972
- Spaulding, S. L., Fruitman, K., Rapoport, E., Soled, D., & Adesman, A. (2020). Impact of ADHD on Household Chores. *Journal of Attention Disorders*.
- Vital, M. & Hazin, I. (2008). Avaliação do desempenho escolar em matemática de crianças com Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Um estudo piloto. *Ciências & Cognição*, ISSN-e 1806-5821, Año 13, Vol. 3, 2008, págs. 19-36
- Pueyo R, Mañeru C, Vendrell P, Mataró M, Estévez- González A, García-Sánchez C, Junqué C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Asimetrías cerebrales observadas en resonancia magnética. *Rev Neurol* 2000; 30: 920-5.
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Arch Dis Child*, 97, 260–265.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD?. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 3-16
- Timóteo, B Machado, E. & Souza, I. (2019) Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e baixo rendimento escolar: Breve revisão no contexto da neuropsicologia. *Revista Cearense de Psicologia*.

- Tistarellia, N., Fagnanib, C., Troianiello, M., Stazib M. A. & Adrianib, W. (2020) *The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies*. Department of Brain & Behavioral Sciences, University of Pavia,
- Travella, J. (2004). *Síndrome da Atencíon Dispersa, Hiperactividad en pacientes adultos (ADHD)*. Disponível no site: <http://www.adhd.com.ar>.
- Vigotsky LS. *A formaçáo social da mente*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007
- Weisner T. S. (1997). The ecocultural projects of human development: why ethnography and its findings matter. *Ethos* 25 177–190 10.1525/eth.1997.25.2.177
- Weisner, T. S. (2010). Well-being, chaos, and culture: Sustaining a meaningful daily routine. In G. W. Evans & T. D. Wachs (Eds.), *Decade of behavior (science conference). Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective* (p. 211–224). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12057-013>
- Hoogman, M., Muetzel, R., Guimaraes, J. P., Shumskaya, E., Mennes, M., Zwiers, M. P., ... Earl, E. A. (2019). *Brain Imaging of the Cortex in ADHD: A Coordinated Analysis of Large-Scale Clinical and Population-Based Samples*. *American Journal of Psychiatry*, *appi.ajp.2019.1*. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18091033

ANEXOS

APÊNDICE A



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador:	Data da Entrevista:
Pai e/ou Cuidador Responsável Nome: _____ Idade: _____ Contato: () _____ Endereço: _____	
Grau de parentesco com a criança: _____	
Situação civil: (1) Casado (a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a)	
Nível de Escolaridade e nº de anos de escolarização: (1) fundamental ____ (2) Médio ____ (3) Técnico ____ (4) Superior ____	
Religião: _____ Etnia auto relatada: _____ Naturalidade: _____	
Você trabalha? (Sim) (Não) Ocupação: _____	
Dados Sócio-Demográficos Renda familiar: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos	
Moradia: (Casa) (Apartamento) Própria (1) Alugada (2) De parentes (3) Outros _____	
Informações da Criança Nome: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()	
Frequenta escola: () Sim () Não Que tipo de escola: () Pública () Particular	
Qual a série (ano) está cursando: (1) Educação infantil (2) Ensino fundamental I (3) Ensino Fundamental II	

APÊNDICE B



Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Função Cognitiva e a Coerência da Percepção de Competência de Crianças com e sem TDAH com a de seus Pais.

Esclarecimentos da Pesquisa: Caro participante, o presente projeto tem como objetivo investigar a função cognitiva de crianças com e sem TDAH e a percepção de competência das crianças e a percepção de seus pais. Caso aceite o convite para participação desta pesquisa, será na condição de voluntário não havendo qualquer custo ou remuneração financeira. As informações desta pesquisa precisarão ser registradas em áudio para posterior análise científica, estando seus dados de identificação sob sigilo amparado na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa será composta de duas fases: 1) Entrevista inicial e aplicação de instrumento com o cuidador responsável; 2) Aplicação de instrumentos e teste cognitivo na criança. Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos, mas você ou a criança poderá sentir cansaço e/ou algum retraimento para responder algumas questões ou quando submetido a algum teste, caso isto ocorra, você estará livre para retirar seu consentimento ou desistir da pesquisa, sendo amparado por profissionais qualificados caso necessite. Como benefício, você receberá um relatório, contendo o desempenho cognitivo da sua criança, realizado por uma psicóloga treinada e com experiência, além de outro relatório quanto a percepções de competências. Esta pesquisa está sendo realizada pela pós-graduanda Ana Paula Pureza Pantoja, vinculada ao Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento sob orientação da Prof(a). Dr(a). Simone Souza da Costa Silva.

Pesquisador(a)
Email: felipemacedo@hotmail.com
Fone: 981027869

Orientadora
Email: symon.ufpa@gmail.com
Fone: 988098179

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa, cooperando com a coleta de informações.

Belém, ____/____/____

Assinatura do Participante

Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (CEP-NMT-UFPA) – End. Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal, CEP: 66055240 Fone: 32010961, e-mail: cepbel@ufpa.br Belém-Pará.

APÊNDICE C



Serviço Público Federal

Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

QUESTIONÁRIO CLÍNICO-SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Entrevistador:	Data da Entrevista:
Entrevistado: _____	Grau de parentesco com a criança: _____
Contato:	
Endereço:	

I - CARACTERIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA Nome: _____ Idade: _____ Contato: () _____ Endereço: _____ Grau de parentesco com a criança: _____ Situação civil: (1) Casado (a) ou com companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúva (o) (4) Solteiro(a) Nível de Escolaridade: (1) Analfabeta (2) Fundamental Incompleto (3) Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo (6) Técnico (7) Superior Incompleto (8) Superior Completo Religião: _____ Etnia auto relatada: _____ Naturalidade: _____ Você trabalha? (Sim) (Não) Ocupação: _____
II- DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS Renda familiar: () sem rendimento () até 1 salário mínimo () mais de um a dois salários mínimos () mais de dois a três salários mínimos () mais de 3 a 5 salários mínimos () mais de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 a 20 salários mínimos () mais de 20 salários mínimos

Beneficiária de algum programa de transferência de renda governo Federal? (Sim) Qual(s)? _____
(Não)

Moradia: (Casa) (Apartamento)

Própria (1) Alugada (2) De parentes (3) Outros _____

III- ESTRUTURA FAMILIAR

Tipo de família: (1) casal sem filhos (2) casal com filhos (3) mulher sem cônjuge com filhos (4) família recombinada (5) família extensa

Composição familiar (incluir as pessoas que moram na casa com a criança):

Nome	Grau parentesco com a criança	Idade

IV- CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____

Qual a posição da criança na prole: (1º) (2º) (3º) (4º) (outros) _____

Informações sobre Gestação, Parto e Puerpério:

Gestação: () Tranquila () estressante

A mãe apresentou problemas de saúde durante a gestação?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

Ocorreu algum problema durante o parto?

(1) Sim (2) Não *Se sim, qual: _____

O parto foi: () a termo (nove meses); () pré-termo. Se pré-termo, com quantos meses de gestação _____

A criança apresentou algum problema ao nascer (como baixo peso, dificuldade para respirar, engoliu mecônio)?

(1) Sim (2) Não *Se sim, qual: _____

Dados Escolares

Frequenta escola: () Sim () Não Que tipo de escola: () Pública () Particular

Em que ano escolar a criança se encontra: _____

Repetiu alguma série: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____

Evasão Escolar: () Não () Sim. Qual foi o motivo? _____

A criança sabe ler, escrever e compreende o que lê? () sim () sim, com dificuldade () não

Dados Extra-escolares

A criança pratica algum esporte?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

A criança faz alguma atividade extra-curricular?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

V - DADOS CLÍNICOS

Qual o diagnóstico da criança? _____

Quem forneceu o diagnóstico ou impressão diagnóstica? _____

Quantos anos a criança tinha? _____

A criança possui algum problema de saúde importante / algum problema psiquiátrico?

(1) Sim (2) Não *Se sim, quais: _____

Que tipo de atendimento sua criança frequenta: () Psiquiatra () Psicólogo () Pedagoga () Psicopedagoga ()
Fono () TO () outros

Há quanto tempo seu filho recebe estes atendimentos _____

A criança faz uso de medicação? () Sim Qual/frequência? _____ () Não

Histórico psicopatológico da família:

TDAH:

Outros Transtornos:

Alcoolismo e Dependência Química:

APÊNDICE D – MTA-SNAP-IV (Mattos, et al., 2006)

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

APÊNDICE E

Inventário de Rotina 2.0

1. Hora	2. Atividade	3. Companhia	4. Local	5. Considero que faço isso... 1- Bem 2- Mais ou menos bem 3- Mal	6. Essa atividade é: 1- Importante 2- Mais ou menos importante 3- Não é importânte	7. Estou satisfeito com essa atividade? 1.Gosto 2.Gosto mais ou menos 3 Não gosto
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
20:00						
21:00						
22:00						
23:00						
24:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						

Os itens de 1, 2, 3 e 4 devem respondidos pelo cuidador da criança.

Os itens 5, 6 e 7 devem ser respondidos pela criança.



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidadores de pessoas com TDAH: suas percepções, rotina, estresse e autoeficácia parental-uma proposta de intervenção

Pesquisador: FERNANDO AUGUSTO RAMOS PONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63631316.3.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.051.363

Apresentação do Projeto:

O projeto será desenvolvido pelo doutores Fernando Pontes e Simone Silva do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. O estudo tem financiamento do CNPq, através de bolsa de produtividade dos pesquisadores.



UFPA - NÚCLEO DE MEDICINA
TROPICAL-NMT



Continuação do Parecer: 2.051.383

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 08 de Maio de 2017

Assinado por:
ANDERSON RAIOL RODRIGUES
(Coordenador)