

# EVIDÊNCIAS DE TDAH EM MENINAS NO MUNICÍPIO DE MACAPÁ

SENHORINHA SUZANA DE OLIVEIRA CORRÊA<sup>1</sup>;  
MARIDALVA CARDOSO MACIEL<sup>1</sup>;  
NAHON DE SÁ GALENO<sup>1</sup>;  
RUY JORNADA KREBS<sup>2</sup>;  
RICARDO FIGUEIREDO PINTO<sup>3</sup>

1 Universidade Castelo Branco –UCB - RJ/ Brasil

2 Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC-SC/- Brasil

3 Universidade do Estado do Pará – UEPA - Brasil  
suziverner@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta-se com o objetivo de investigar grupos de crianças, considerando o sexo feminino, com evidências de riscos à TDAH, em escolas do município de Macapá. Este estudo realizou-se em 4 escolas de Ensino Fundamental, com crianças, do sexo feminino, na faixa etária de 7 à 10 anos, regularmente inscritas nas escolas municipais de Macapá.

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) repercute na vida da criança e do adolescente levando a prejuízos em múltiplas áreas, como a adaptação ao ambiente acadêmico, relações interpessoais e desempenho escolar (ARNOLD E JENSEN, 1995; BARKLEY, 1996).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM-IV está representado o aperfeiçoamento no modo de pensar o Transtorno de Déficit de Atenção, nele surgem critérios que qualificam o portador de Transtorno de Déficit de Atenção.

Com base nestas referências, este estudo propõe-se a investigar o Transtorno de Déficit e Atenção e Hiperatividade em crianças escolares no Município de Macapá, utilizando os Critérios Globais do DSM IV, instrumento que propiciará detectar evidências de risco ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Para Kaplan (2002, p.989) o TDAH: “é caracterizado por um alcance inapropriadamente fraco da atenção, em termos evolutivos ou aspectos de hiperatividade e impulsividade ou ambos, inapropriados à idade”.

A literatura pesquisada aponta como as co-morbidades mais freqüentes que acompanham o TDAH: a ansiedade e a depressão, ou seja, 50% das crianças com TDAH apresentam também problemas de comportamento, como agressividade, mentiras, roubo, comportamento de oposição ou de desafio às regras e aos pedidos dos adultos (BENCZIK, 2000, p. 15).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é muito mais freqüente no sexo masculino. As razões masculino-feminino segundo Kaplan et AL 2 , essa proporção pode variar de 3:1 a 5:1.

Assim, de acordo com DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, os subtipos de TDAH são:

- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado. A maioria das crianças e adolescentes com TDAH, são do Tipo Combinado.
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento. A hiperatividade pode ser uma característica importante em muitos casos. Enquanto para outros são puramente desatenção.

- o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo..A desatenção pode,com freqüência, ser um O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH altera a vida familiar e a interação da criança com o mundo que a cerca. A criança entre 5 e 10 anos de idade, encontra-se em uma fase de transição no que se refere às características locomotoras e na forma de se conduzir na vida.

A razão para essa proporção menor de meninas teria relação com o fato de que elas têm menos co-morbidade com transtornos disruptivos, chamam menos atenção em casa e na escola e, portanto, dificilmente são encaminhadas para tratamento.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa está caracterizada como descritiva, de análise quantitativa.O universo amostragem foi constituído de professores e pais de crianças no período escolar na faixa etária de 07 a 10 anos do sexo feminino, inseridas nas escolas públicas do município de Macapá-AP. A pesquisa foi realizada no Município de Macapá, em 04 (quatro) escolas municipais. Foi estudada a amostra de 342 crianças do sexo feminino na faixa etária entre 7 a 10 anos,segundo a percepção dos professores e pais. O instrumento para coleta de dados aplicados foi a escala de avaliação com os Critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TDAH.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV consiste em um questionário composto por 18 questões fechadas e subjetivas, que deve ser respondido pelos professores ou pais da criança em questão. O DSM IV utiliza respostas dicotômicas (sim, não).

Para a análise dos dados utilizou-se distribuição de freqüência para as variáveis qualitativas.Teste do Qui quadrado para comparar as variáveis qualitativas, sendo usado o pacote estatístico BioEstat 5.0, de Ayres (2007) para o tratamento dos dados que foram apresentados na forma de tabelas.

O projeto foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do estado do Amapá, cujo parecer consubstanciado de nº 05/2008.

### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Distribuição de freqüência e Qui quadrado para os instrumentos de avaliação respondidos e não respondidos de acordo com a escola e no total.

Escola	Total de Crianças	Instrumentos Respondidos	Instrumentos Não Respondidos	$\chi^2$	P				
A	160	132 (82,5%)	28 (17,5%)	66.31	<0.01*				
B	102	60 (58,8%)	42 (41,2%)	2.83	0.09				
C	160	126 (78,8%)	34 (21,3%)	51.76	<0.01*				
D	64	24 (37,5%)	40 (62,5%)	3.52	0.06				
Total	486	342 (70,4%)	144 (29,6%)	79.85	<0.01*				
$\chi^2$	P	54.74	<0.01*	96.32	<0.01*	3.33	0.34	---	---

A tabela 1 mostra a relação entre o número de instrumentos enviados aos pais e professores das escolas investigadas e o número de instrumentos respondidos por estes responsáveis. O que se vê é que um número significativamente maior de instrumentos foi respondido pelas escolas quando comparado com os não respondidos. As escolas A e C apresentaram este comportamento, enquanto as escolas B e D não evidenciaram diferença estatística nesta relação, apesar da escola B ter mais respondidos do que não respondidos enquanto a escola D teve mais instrumentos não respondidos do que respondidos.

Quando se comparou os instrumentos respondidos e os não respondidos entre as escolas se verificou que nos respondidos houve diferença significativa entre a escola A e a escola C comparados as escolas B e D. para os não respondidos não houve diferença significativa entre as escolas. Ainda se pode verificar que o número de instrumentos enviados

foi diferente estatisticamente entre as escolas, tendo sido significativamente maior nas escolas A e C do que nas escolas B e D.

Tabela 2 - Distribuição de freqüência e Qui quadrado de acordo com a idade e o tipo de TDAH.

TDAH	Total de Crianças	7 a 8 anos	9 a 10 anos	X <sup>2</sup>	P				
Total	42	12 (28,6%)	30 (71,4%)	6.88	0.01*				
Desatento	22 (52,4%)	7 (31,8%)	15 (68,2%)	2.23	0.14				
Hiperativo	2 (4,8%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0.00	1.00				
Combinado	18 (42,9%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)	4.50	0.03*				
X <sup>2</sup>	p	16.00	<0.01*	4.90	0.06	12.20	<0.01*	---	---

Verificou-se ainda que houve um número Na tabela 2 se pode observar a ocorrência de 42 diagnósticos de hiperatividade entre as crianças investigadas nas quatro escolas da pesquisa. Quando se distribuiu estas crianças em dois grupos etários distintos, se verificou que entre as crianças de 9 a 10 anos de idade ocorreu um número significativamente maior de sujeitos diagnosticados com TDAH. Ainda se pode constatar que somente para o TDAH do tipo impulsivo é que se verificou diferença estatística entre os grupos etários, onde se verificou que nas crianças de 9 a 10 anos de idade ocorreu um número significativamente maior de sujeitos "impulsivos" do que entre as crianças de 7 a 8 anos de idade.

Significativamente maior de sujeitos classificados como desatentos e como impulsivos do que como hiperativos nas escolas investigadas. Ainda se constatou que é no grupo etário de 9 a 10 que ocorreu um número significativamente maior de crianças com diagnóstico de desatento e de impulsivo do que de hiperativo.

Considerando os pressupostos de KAPLAN et AL 2 , essa proporção pode variar de 3:1 a 5:1. De acordo com CANTWELL 7 e BIEDERMAN et AL 8 , as meninas seriam sub-diagnosticadas porque têm poucos sintomas de agressividade/impulsividade e baixas taxas de transtorno de conduta, desse modo, a idade diagnóstica tende a ser mais avançada em relação aos meninos. Desta forma, os resultados deste estudo reafirmam estes pressupostos, demonstrando o quadro de evidências de TDAH em meninas escolares no Município de Macapá.

Tabela 3 - Distribuição de freqüência e Qui quadrado de acordo com as respostas de pais e professores quanto aos sinais de evidências de condutas de TDAH em meninas conforme os critérios do DSM IV.

Sinais	Não	Sim	X <sup>2</sup>	P
A	7 (16,7%)	35 (83,3%)	17.36	<0.01*
B	5 (11,9%)	37 (88,1%)	22.88	<0.01*
C	10 (23,8%)	32 (76,2%)	10.50	<0.01*
D	14 (33,3%)	28 (66,7%)	4.02	0.04*
E	14 (33,3%)	28 (66,7%)	4.02	0.04*
F	27 (64,3%)	15 (35,7%)	2.88	0.09
G	17 (40,5%)	25 (59,5%)	1.17	0.28
H	3 (7,1%)	39 (92,9%)	29.17	<0.01*
I	7 (16,7%)	35 (83,3%)	17.36	<0.01*
J	20 (47,6%)	22 (52,4%)	0.02	0.88
L	27 (64,3%)	15 (35,7%)	2.88	0.09
M	25 (59,5%)	17 (40,5%)	1.17	0.28
N	24 (57,1%)	18 (42,9%)	0.60	0.44
O	22 (52,4%)	20 (47,6%)	0.02	0.88
P	27 (64,3%)	15 (35,7%)	2.88	0.09
Q	32 (76,2%)	10 (23,8%)	10.50	<0.01*
R	33 (78,6%)	9 (21,4%)	12.60	<0.01*
S	32 (76,2%)	10 (23,8%)	10.50	<0.01*

A tabela 3 aponta para a relação negativa x positiva no diagnóstico dos pais e professores das crianças avaliadas para o TDAH, de acordo com cada uma das 18 questões adotadas para a avaliação. O que se pode verificar é que para as questões A, B, C, D, E, H, e I ocorreu um número significativamente maior de respostas positivas do que de respostas negativas, diferentemente do observado para as questões Q, R e S, onde se verificou um número significativamente maior de respostas negativas do que positivas. Para as demais questões, F, G, J, L, M, N, O e P não se verificou diferença estatística entre as respostas positiva e negativa.

Tabela 4 – Distribuição de freqüência das respostas de pais e professores, a partir da tabela de critérios para o diagnóstico de TDAH, segundo o DSM IV, aplicado em meninas de escolas da rede municipal.

Respondentes	7 a 8 anos		9 a 10 anos		X <sup>2</sup>	P
Pais	12		30		6.88	0.01*
Professores	14		45		15.25	<0.01*
X <sup>2</sup>	P	0.04	0.84	2.61	0.11	---

A tabela 4 compara as respostas dadas pelos pais e pelos professores, de acordo com o grupo etário das crianças avaliadas, 7 a 8 e 9 a 10 anos de idade. Nela se pode constatar que ocorreu diferença significativa no número de crianças com diagnóstico de TDAH entre os dois grupos etários tanto na avaliação dos pais quanto na avaliação dos professores, não havendo diferença estatística quanto ao número de crianças com o diagnóstico positivo entre pais e professores de cada grupo etário. Se verificou que o número de crianças com diagnóstico de TDAH no grupo de 9 a 10 anos de idades é significativamente maior do que no grupo de 7 a 8 anos de idade, na avaliação dos pais e dos professores.

Entenda-se, dessa forma, que as alterações comportamentais da criança dependem de sua realidade, da conjunção de fatores ambientais, familiares e da própria criança dentro do seu processo de desenvolvimento.

As primeiras observações, com maior freqüência, são feitas no ambiente da escola, pelos professores, que percebem alterações no comportamento da criança muito agitado ou desatentos. Isto é notado quando comparado ao comportamento das outras crianças em sala de aula ou durante outras atividades sócio-educativas oferecidas pela escola.

Os pais, nem sempre, conseguem perceber e aceitarem as diferenças comportamentais de seus filhos. A não aceitação por parte dos pais de possíveis alterações de seus filhos, retarda o diagnóstico e, por conseqüência, o tratamento, comprometendo a qualidade de desenvolvimento da criança.

## 5. CONCLUSÃO

A proposta deste estudo foi investigar evidências de TDAH em meninas escolares de 04 escolas do Município de Macapá. Desta forma, os estudos estatísticos revelaram que entre 42 crianças houve um número significativamente maior de sujeitos classificados como desatentos 22 (52,4%) e como Combinados 18 (42,9%), do que como hiperativos 2 (4,8%) nas escolas investigadas.

Ainda se constatou que no grupo etário de 9 a 10 que ocorreu um número significativamente maior de crianças com diagnóstico de desatento 15 (68,2%) e de Combinado 14(77,8%) do que de hiperativo 1(50,0%).

No ambiente escolar, professores percebem as alterações de comportamento das crianças bem mais do que os pais, e as enquadraram mais como desatentas. Enquanto os pais, identificaram bem menos evidências. Estes, por nem sempre, conseguem perceber e aceitarem as diferenças comportamentais de seus filhos, num misto de proteção e desconhecimento, negam as possíveis alterações das crianças.

Concluimos que a falta de conhecimento de pais e professores, e a não aceitação por parte dos pais de possíveis alterações de seus filhos, tendem a comprometer e a retarda o

diagnóstico e, por consequência, o tratamento, comprometendo a qualidade de desenvolvimento da criança. E ainda, tem-se consciência de que a utilização de apenas este instrumento de avaliação nesta pesquisa nos impede de maiores generalizações com relação aos dados obtidos, no entanto, foram suficientes para analisar a variação dos dados coletados.

**Palavras-chave:** TDAH, DSM IV, professores, pais..

## **REFERÊNCIAS**

- AYRES, M., AYRES, M. Jr., AYRES, D.L., SANTOS, A. S. **Bio Estat 5.0- Aplicações Estatísticas das Áreas das Ciências Biológicas e Médicas.** Belém: IDSM/MCT/CNPq, 2007.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais p/ a Educação Especial na Educação Básica. Secretária de Educação Especial – MEC; SEESP, 2001.**
- DSM- IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PASTURA G. M. C; MATTO P.; ARAÚJO A. P. Q. C. **Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.** Rev. psiquiatr. clín. vol.32 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2005.
- KAPLAN, Harold I. SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- RODHE, L.A.P, MATTOS, P. & Cols. **Princípio e Práticas em Transtorno Déficit de Atenção Hiperatividade.** POA: Artmed, 2003.
- ROEDER, Maika A. **Atividade física, saúde mental e qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Shape, 2003.

SENHORINHA SUZANA DE OLIVEIRA CORRÊA

suziverner@hotmail.com

Tel. (96) 8118 9996 (96) 3241 4439

Av Pedro Baião nº 1544, Bairro SANTA RITA;

MACAPÁ – AP; CEP 68900-000