



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

MATHIAS PILOT MAZZARINO

**PERCEÇÃO PARENTAL SOBRE A TERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

PASSO FUNDO/RS

2019

MATHIAS PILOT MAZZARINO

**PERCEPÇÃO PARENTAL SOBRE A TERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul

Orientadora: Prof. Me. Giani Ciocari

Coorientadora: Prof. Me. Bruna Chaves Lopes

PASSO FUNDO/RS

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Mazzarino, Mathias Pilot

Percepção parental sobre a terapia em pacientes pediátricos diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade / Mathias Pilot Mazzarino. -- 2019.

54 f.

Orientadora: Pediatra Intensivista Giani Cioccarì.

Co-orientador: Mestra Psiquiatra Bruna Chaves Lopes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2019.

1. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.
2. Percepção parental. 3. Neuropediatria. 4. Psiquiatria infantil. I. Cioccarì, Giani, orient. II. Lopes, Bruna Chaves, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MATHIAS PILOT MAZZARINO

**PERCEPÇÃO PARENTAL SOBRE A TERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado
como requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:
22/11/2019

BANCA EXAMINADORA:

Profª Giani Ciocari – UFFS
Orientadora

Profª Marcela Monteiro Gonçalves de Lima –UFFS

Profª Ivana Loraine Lindemann - UFFS

Dedico este trabalho a todos que ajudam a
construir o futuro da sociedade de forma
igualitária e humana.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me apoiaram e batalharam para que eu fosse melhor e tivesse tudo que precisava para atingir meus objetivos e realizar meus sonhos.

À minha irmã que admiro de forma inenarrável e é a quem devo minha graduação.

Aos meus amigos e colegas que estiveram comigo durante a faculdade, ajudando a superar cada fase da graduação e, muitas vezes, a resolver problemas que não consegui sozinho.

À minha orientadora, Giani, por toda ajuda, ensinamentos e por estar presente em cada etapa do desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus professores que são parte fundamental de minha formação e exemplos do profissional que pretendo me tornar.

À minha família que sempre esteve comigo apesar da distância, mandando mensagens positivas e incentivando cada passo que eu desse.

Ao meu namorado que ajudou a completar esse trabalho.

Por último, agradeço ao “Plis” por cada participante ter características únicas que me ensinaram muito sobre a vida e sobre mim. Também sou grato pelas características compartilhadas entre nós, a empatia, a sinceridade, o bom humor e o amor pelo que fazemos.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi estruturado de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo (UFFS) e está em conformidade com o Regulamento do TCC do Curso de Graduação. O trabalho intitulado “Percepção parental sobre a terapia em pacientes pediátricos diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” foi elaborado pelo acadêmico Mathias Pilot Mazzarino, com orientação da Prof. Me. Giani Cioccaro e coorientação da Prof. Me. Bruna Chaves Lopes. O presente trabalho é composto por: introdução, desenvolvimento (projeto de pesquisa e relatório), artigo científico e considerações finais. Este trabalho foi elaborado durante os componentes curriculares de Pesquisa em saúde, TCC I e TCC II, nos respectivos semestres 2018/2, 2019/1 e 2019/2.

Palavras chave: Percepção parental; Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; Tratamento.

ABSTRACT

The Course Conclusion Work (CCW) was structured according to the norms of the Manual of Academic Works of the Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo (UFFS) and it is in compliance with the Regulation of the CCW of the Graduation Course. The work entitled "Parental perception on therapy in pediatric patients diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder" was elaborated by the academic Mathias Pilot Mazzarino, with the guidance of Prof. Me. Giani Ciocari and coorientation of Prof. Me. Bruna Chaves Lopes. This work consists of: introduction, development (research project and report), scientific article and final considerations and it was elaborated during the curricular components of Health Research, Course Conclusion Work I and Course Conclusion Work II, in the respective semesters 2018/2, 2019/1 and 2019/2.

Keywords: Parental perception; Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção.

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria.

APA – Associação Psiquiátrica Americana.

DSM - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.

IPDA – Instituto Paulista de Déficit de Atenção.

TCLE -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO	10
2.1. Projeto de pesquisa	10
2.1.1. Resumo	11
2.1.2. Tema	11
2.1.3. Problema	11
2.1.4. Hipóteses	12
2.1.5. Objetivos	12
2.1.6. Justificativa	12
2.1.7. Referencial teórico	13
2.1.8. Metodologia	15
2.1.8.1. Tipo de estudo	15
2.1.8.2. Local e período de realização	15
2.1.8.3. População e amostragem	16
2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados	16
2.1.8.5. Logística	16
2.1.8.6. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	17
2.1.8.7. Aspectos éticos	17
2.1.9. Recursos	18
2.1.10. Cronograma	18
2.1.11. Referências	20
2.1.12. Apêndices	21
2.1.12.1. Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	21
2.1.12.2. Apêndice 2. Instrumento de coleta	24
2.2. Relatório de pesquisa	30
3. ARTIGO CIENTÍFICO	31
4. ANEXOS	48
4.1. Anexo A. Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	48
4.2. Anexo B. Normas para redação do artigo	50

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, geralmente diagnosticado na infância e acompanha a maior parte dos indivíduos por toda a vida, uma vez que apresenta linhas de tratamento e não uma cura. Caracterizado por sintomas de desatenção, inquietude e/ou hiperatividade/impulsividade, podendo ser chamado também de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção) (ABDA, 2018).

O TDAH é majoritariamente diagnosticado na escola durante a infância, quando a criança enfrenta a necessidade de prestar atenção e de relacionar diferentes conteúdos e assuntos (ABDA, 2018). Por ter uma dificuldade de atenção, a criança é parcialmente capaz ou incapaz de aprender, apesar de poder apresentar boa aprendizagem quando o assunto é interessante ou importante para ela. Esse transtorno configura-se como o mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados. Está presente em 3 a 5% das crianças, em regiões diferentes do mundo, nas quais já foi pesquisado. Entre 15% a 20% dos casos infantis avança para a vida adulta, trazendo consequências posteriormente, embora os sintomas de inquietude sejam mais brandos com o passar dos anos (ABDA, 2018). O tratamento de escolha é uma combinação de terapia medicamentosa, orientação dos pais e educadores e técnicas passadas ao paciente em terapia cognitivo comportamental (ABDA, 2018).

Esse trabalho tem foco na percepção parental sobre a efetividade da escolha de tratamento do TDAH em crianças. A importância desse estudo é validada pelo fato de que a participação dos pais é de extrema importância no desenvolvimento dos filhos (MANGLANO, 2017) e, portanto, na pediatria. Essa participação de pessoas responsáveis no manejo do tratamento infantil torna necessário o conhecimento da opinião dos pais sobre a terapia. Esse trabalho também pretende criar discussões sobre a relação médico-pais na pediatria, uma vez que vislumbra o preceito da confiança entre médico e pais, em que estes são que os responsáveis pela adesão do tratamento da doença crônica na infância e aqueles são a principal fonte de conhecimento dos pais sobre a doença.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado por médicos, educadores e familiares um fator preocupante no ambiente escolar e familiar, pois cursa com desatenção, hiperatividade e impulsividade, o que dificulta a comunicação. Trata-se de um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que se manifesta menos com o avanço da idade e com a execução uma terapia. Para obter os critérios diagnósticos, é necessário que o paciente tenha dificuldades relacionados à falta de atenção em duas ou mais situações e que essas queixas causem prejuízos no desenvolvimento acadêmico e social do paciente. Esse trabalho tem como objetivo a avaliação da terapia escolhida para tratamento dessa desordem em pacientes pediátricos de 5 a 12 anos de acordo com a percepção dos pais sobre a alteração de sinais e sintomas do transtorno em relação à comunicação e comportamento do paciente em ambientes de convivência social. Será aplicado um questionário para os pais dos pacientes no qual as perguntas buscarão avaliar variáveis que levam em consideração a importância do conhecimento dos pais sobre o transtorno e sobre o tratamento e a efetividade da forma de terapia utilizada quando observada por eles. Espera-se encontrar resultados que confirmem a melhora dos pacientes com TDAH que estejam utilizando qualquer forma de terapia e evidenciar que as linhas de terapia atuais para o transtorno são bem aceitas de acordo com os responsáveis.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, percepção parental, metilfenidato

2.1.2 TEMA

Percepção dos pais ou responsáveis sobre a terapia escolhida para tratar o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em pacientes pediátricos.

2.1.3 PROBLEMA

A terapia escolhida para o tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade apresenta respostas positivas e melhora os sintomas dos pacientes pediátricos em ambientes familiares e escolares de acordo com a percepção dos pais?

Como os pais ou responsáveis entendem e quanto sabem sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e sobre a terapia escolhida?

2.1.3 HIPÓTESE

Entre os pais e responsáveis de pacientes diagnosticados com TDAH, 70% percebe melhora na comunicação e comportamento de seus filhos em relação à convivência familiar e escolar quando submetidos a algum tipo de terapia.

Sobre os pacientes pediátricos, na faixa etária definida para o estudo, diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 60% faz uso de terapia medicamentosa.

Sobre os pacientes pediátricos, na faixa etária definida para o estudo, diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 15% participa de terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Sobre os pacientes pediátricos, na faixa etária definida para o estudo, diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), apenas 10% faz uso de terapia medicamentosa em associação a terapia cognitiva-comportamental.

Entre os pacientes pediátricos diagnosticados com TDAH, 40% utiliza metilfenidato como terapia medicamentosa.

Entre os pais e responsáveis de pacientes diagnosticados com TDAH, 40% considera que tem bom conhecimento sobre o transtorno e a terapia escolhida.

2.1.5 OBJETIVOS

Descrever a percepção dos pais sobre a terapia escolhida para pacientes pediátricos diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

Analisar os resultados da terapia em relação à comunicação e ao comportamento dos pacientes pediátricos diagnosticados com TDAH de acordo com a percepção dos pais.

Observar o perfil dos pais ou responsáveis e dos pacientes pediátricos diagnosticados com TDAH que estão na faixa etária determinada.

Avaliar o conhecimento dos responsáveis de pacientes de 5 a 12 anos com diagnóstico de TDAH sobre o transtorno e sobre a terapia escolhida.

2.1.6 JUSTIFICATIVA

O TDAH é um problema que atinge até 5% da população pediátrica, caso não seja tratado adequadamente pode causar falhas no aprendizado e no desenvolvimento social do paciente devido à dificuldade que o cérebro tem em criar memórias, caso haja dificuldade em

manter a atenção (DALGALARRONDO, 2008). Dessa forma, torna-se necessário que o paciente tenha um tratamento adequado e consiga participar de práticas escolares e familiares que facilitem sua inclusão e seu aprendizado. Com doenças crônicas na infância, é muito importante que os pais estejam cientes que cuidar dessa criança requer habilidades específicas, conhecimento da doença, sinais, sintomas e das demais características, peculiares para cada tipo de patologia (ARAÚJO et al., 2009), bem como é preciso buscar conhecimento sobre o tratamento, o que facilita o desenvolvimento da terapêutica adequada.

2.1.7 REFERENCIAL TEÓRICO

A prevalência de TDAH tem sido muito estudada na última década ainda que não haja concordância entre os autores devido às mudanças constantes no conceito e definição do transtorno, isso dificulta ter precisão no número de pacientes afetados e, por isso, há variação de 5% a 15% na taxa de prevalência entre os autores (DOMINGOS e RISSO, 2000). Sabe-se que o TDAH tem prevalência maior entre meninos que entre meninas, porém não há consenso entre os autores sobre a proporção (ABP, 2011). Entre essa taxa de prevalência coexistem transtornos de conduta em mais de 70% dos casos e problemas de aprendizagem em cerca de 20% a 70% dos casos (BARRICKMAN et al, 1995).

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que se apresenta com níveis de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade que causam prejuízos ao indivíduo. Esses prejuízos são visualizados na dificuldade ou incapacidade de ouvir, permanecer focado e/ou interessado em uma tarefa e cursa também com perdas materiais constantes e que não condizem com o nível de desenvolvimento (DSM-5, 2014). A hiperatividade implica excesso de atividade, paciente inquieto e/ou acelerado, incapacidade de permanecer parado e esperar sua vez de falar, bem como sinais de impulsividade em decisões (DSM-5, 2014). Boa parte dos pacientes atinge a remissão dos sintomas ao longo da vida, porém alguns podem apresentar sintomas durante a adolescência e a idade adulta, geralmente há uma mudança no perfil do transtorno em que predominam os sintomas de desatenção (ABP, 2011).

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção discorre sobre os problemas da comunicação e desenvolvimento social do paciente, e portanto, da comunicação em família, uma vez que o paciente com dificuldade de atenção não consegue ficar presente e atento no conteúdo de um diálogo e que o paciente hiperativo não consegue manter o foco no diálogo. Esse problema acarreta em dificuldades de lidar com essa criança e ser o responsável por ela

(BARKLEY, 2022). Sobre essa dificuldade do paciente com TDAH em ambiente familiar, Barkley (2002, p. 21) discorre:

Muitos pais com quem tive o privilégio de trabalhar descobriram que o desafio de criar uma criança com TDAH eleva sua condição a um plano novo, mais elevado. Educar uma criança com TDAH pode ser a coisa mais difícil que você terá de fazer em sua vida. Alguns pais sucumbem ao estresse que uma criança assim lhes provoca, ansiosos com uma família em crise constante ou, pior, com uma família que se dilacera. Mas se você enfrentar o desafio, verá que criar uma criança com TDAH oferece uma tremenda oportunidade de autodesenvolvimento e realização como pai ou mãe.

Tendo a compreensão de que o TDAH é um transtorno complexo no qual o paciente necessita a ajuda dos médicos, psicólogos, educadores e fundamentalmente os responsáveis, o portador de TDAH necessita de incentivo, que é peça chave para que a criança possa realizar suas atividades por inteiro e a seguir regras. Faz-se necessário, portanto, que a criança receba apoio na escola e essencialmente em casa, daqueles que incentivam, levam ao psicólogo, ao médico, lembram-no de tomar a medicação, tentam terapias não medicamentosas e formas de ajuda-lo a melhorar seus sintomas (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016).

O TDAH é um quadro clínico geralmente associado à comorbidades, que são distúrbios motores, psicológicos ou doenças que acompanham o diagnóstico. Segundo Souza e Pinheiro (p.85, 2003), comorbidade é o termo que se utiliza quando pretende-se designar a ocorrência de dois ou mais transtornos em uma mesma pessoa. Afirmam ainda que:

É essencial lembrar que a presença da comorbidade implica tratamento específico para o segundo diagnóstico, e a sua frequente ocorrência salienta a possibilidade de que casos difíceis de TDAH possam, na realidade, representar casos co-mórbidos, para os quais ainda não há tratamento específico.

O TDAH frequentemente está associado ao transtorno da ansiedade, pela hiperatividade e fácil distratibilidade, à depressão, pela frustração em falhar ao aprender e consequente baixa autoestima, transtorno obsessivo compulsivo, tiques motores, síndrome de Tourette, transtorno afetivo bipolar, transtorno opositor desafiador, transtorno de conduta e alguns transtornos de aprendizagem como dislexia, dislalia, disфонia, disartria e discalculia (DALGALARRONDO, 2008).

O tratamento de escolha deve ser individualizado, avaliando a condição do paciente e da busca do conhecimento sobre seu transtorno, o que se chama de psicoeducação e deve estar presente no processo da terapêutica (IPDA, 2018). Unido a isso, pode-se fazer uso de terapia

medicamentosa, utilizada na maioria dos casos, orientação dos pais e educadores e técnicas passadas ao paciente em terapia cognitivo comportamental (ABDA, 2018).

A primeira linha para a terapia medicamentosa é o metilfenidato, um medicamento da classe dos psicoestimulantes, vendido sob nome comercial de *Ritalina*® ou *Concerta*®, que pode ser encontrado em posologia de ação curta ou prolongada (ABDA, 2018). Esse é o mais utilizado no Brasil com aumento significativo do uso nos últimos dez anos. Outra alternativa comum de medicamento é a lisdexanfetamina, um psicoestimulante feito à base de anfetamina, portanto mais potente que o metilfenidato, causando melhores efeitos sobre foco e concentração, porém com risco de intensificar os efeitos adversos (IPDA, 2018).

A Terapia Comportamental-Cognitiva (TCC) para TDAH é pensada a partir da ideia que o componente neurobiológico do transtorno é determinante na história do indivíduo. Dessa forma, a pessoa desde cedo teve prejuízos no funcionamento executivo que impossibilitaram ou impediram o desenvolvimento normal da atenção, autocontrole e comportamento e, portanto, todas suas relações interpessoais e atividades cotidianas, somadas ao componente cognitivo que interpreta fatos e teorias, sofrem essa influência (IPDA, 2007). Consequentemente padrões de comportamento adaptativos, que são geralmente encontrados após infância e juventude, não conseguem se desenvolver ou são impedidos. Capacidade de organização, planejamento, resolução de problemas e manejo do tempo não são atribuídos a esses pacientes, o que torna difícil para eles cumprir rotinas e seguir regras. A TCC tem como objetivo ajudar o paciente a enfrentar esses problemas e melhorar sua qualidade de vida, construindo essas capacidades e desenvolvendo atenção, memória e controle de impulsos sem uso de fármacos (IPDA, 2007)

2.1.8 METODOLOGIA

2.1.8.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo observacional do tipo transversal, descritivo.

2.1.8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

O local de pesquisa será Passo Fundo, cidade do interior do Rio Grande do Sul. O período de realização desse trabalho terá início em abril de 2019 e será finalizado em dezembro de 2019.

2.1.8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população é composta por pais ou responsáveis de pacientes pediátricos diagnosticados com TDAH que tenham entre 5 a 12 anos. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%. O cálculo foi realizado tendo como base razão de não expostos/expostos de 1:9, prevalência total do desfecho de 70%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 36,8% e RP de 2. Assim, seriam necessários 168 responsáveis participantes.

2.1.8.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As variáveis independentes que esse estudo contempla e busca avaliar são idade e sexo do paciente, idade e sexo dos responsáveis, número de irmãos, renda, os sintomas antes de receber tratamento, tais como hiperatividade, desatenção, impulsividade, hiperfoco em determinados assuntos, comunicação na escola e em ambiente familiar, tempo de diagnóstico, o tipo de terapia, o tempo de tratamento, o uso de medicamentos associados, a presença de outras comorbidades e acompanhamento médico e psicológico. Também serão avaliadas as alterações dos sintomas anteriormente citados.

O instrumento escolhido para realizar a coleta de dados é um questionário eletrônico produzido com o *Google forms*® que será enviado para os responsáveis e será sigiloso, confidencial e ficará arquivado por 5 anos. Os responsáveis que responderão o questionário são aqueles cujos filhos foram diagnosticados com TDAH. Os critérios de exclusão são não responder mais que 90% do questionário e ter um filho com idade menor que cinco anos ou maior que doze, também serão excluídos os responsáveis de pacientes cujo diagnóstico não foi realizado por um médico.

2.1.8.5 LOGÍSTICA

Por meio de páginas de Facebook chamadas “TDAH de mãe para mãe”, “TDAH Crianças que desafiam”, “TDAH – paciência amor e atenção”, “Criança Hiperativa (TDAH)” e “TDAH Mundo de Mãe”, que reúnem pais, mães ou responsáveis de pacientes pediátricos com TDAH, será feito um convite para os responsáveis de crianças com idade entre cinco e doze anos para responder o questionário eletrônico produzido para esse estudo, encontrado no Apêndice 2 desse trabalho. O questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão enviados via internet, com link divulgado pelas páginas e os responsáveis terão

dois meses para confirmar eletronicamente que aceitam participar e responder as perguntas, nos meses de julho e agosto de 2019. Para evitar viés causado por dupla resposta e para assegurar que somente esses responsáveis responderão, será pedido que o responsável coloque seu nome e CPF. Os responsáveis deverão ler o TCLE e, caso queiram participar da pesquisa, devem eletronicamente aceitá-lo para que possam responder o questionário. A confirmação eletrônica será equivalente à assinatura do responsável. Após esse processo, o TCLE poderá ser impresso.

O questionário é composto por questões abertas e questões de múltipla escolha, bem como de questões cuja resposta deve estar em escala numérica de zero a dez, o que facilita a conceituação da resposta. O TCLE contém a natureza do estudo, os riscos e desconforto, os benefícios, os dados que serão coletados, a confidencialidade e questões financeiras que permeiam a pesquisa.

Com as informações colhidas, o *Google forms*® automaticamente produzirá uma planilha de dados. A partir da planilha, também serão produzidos gráficos para análise dessas informações colhidas que serão produzidos nos meses de agosto, setembro e outubro de 2019. Após análise de dados, o resultado obtido será divulgado e apresentado para a banca avaliadora em novembro de 2019. A partir desse trabalho, será produzido um artigo que será formatado nas normas da *Jornal Brasileiro de Pediatria* e será submetido a essa em novembro de 2019. Haverá também envio do relatório parcial para o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFFS em julho de 2019 e do relatório final em dezembro de 2019.

2.1.8.6 PROCESSAMENTO, CONTROLE DE QUALIDADE E ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos dos questionários serão exportados para planilha eletrônica e, posteriormente, para o programa PSPP (ambos de distribuição livre), para realização da análise estatística. A análise compreenderá distribuição de frequência das variáveis e verificação da distribuição da variável dependente em função das independentes por meio de teste de Qui-Quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância estatística de 5%.

2.1.8.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo será realizado de acordo com a Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). O trabalho será submetido para a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) por meio da Plataforma Brasil. Os pais ou os responsáveis receberão um Termo de Consentimento

2.1.11 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Yana Balduino de. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2009, 18(3): 498-505

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA. Revista: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), p.4. Site da Associação disponível em <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em 3 set. 2018.

BENCZIK, Edyleine B.P. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BROWN, Thomas E. Transtorno de Déficit e Atenção: a mente desfocada em crianças e adultos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; OKAMOTO, Mary Yoko and FERRAZZA, Daniele de Andrade. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface (Botucatu)*. 2016, vol.20, n.58, pp.703-714.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 174-192.

INSTITUTO PAULISTA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO - IPDA. Site do Instituto disponível em <https://dda-deficitdeatencao.com.br/>. Acesso em 23 nov. 2018.

MATTOS, Paulo. No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.

ROHDE, Luiz Augusto P. Atenção Hiperatividade: O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artmed, 1999.

SILVARES, E.F.M. Psicologia Educacional. In: DOMINGOS, Neide A. Micelli;

2.1.12 APÊNDICES

2.1.12.1 APÊNDICE 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa:	PERCEPÇÃO PARENTAL SOBRE A TERAPIA MEDICAMENTOSA COM METILFENIDATO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
Nome do pesquisador responsável:	Giani Cioccarri
Nome dos demais participantes:	Bruna Chaves Lopes e Mathias Pilot Mazzarino

Natureza da pesquisa: o (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa e autorizar o uso dos dados de seu(s) filho(s) nessa pesquisa que tem como finalidade descrever a percepção dos pais de crianças diagnosticadas com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade sobre o tratamento escolhido.

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o Sr. (Sra.) permitirá que o(a) pesquisador(a) tenha acesso aos dados que você responderá no questionário sobre seu filho(a). O Sr. (Sra.) tem liberdade de recusar o convite, bem como se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você ou seu filho. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone ou e-mail do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário, através do telefone da Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.

Sobre os dados necessários: Iremos lhe perguntar sobre idade, sexo, bem como sintomas antes e após tratamento, o tipo de terapia escolhida, uso de medicamento, tempo de uso e posologia, assim como haverá perguntas sobre terapias cognitivo-comportamental, psicoeducação ou acompanhamento psiquiátrico/psicológico. Caso tenha ficado alguma dúvida, o questionário poderá ser visualizado antes de você respondê-lo.

Riscos e desconforto: a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os riscos são a quebra de sigilo, a perda ou divulgação acidental de dados e o risco de constrangimento e cansaço que podem gerar desconforto durante ou depois da pesquisa. Para sanar estes riscos,

você pode desistir da pesquisa, não responder ao que lhe cause constrangimento ou se recusar a participar. Além disso, os nomes dos responsáveis que responderão ao questionário serão trocados por números na planilha para análise para evitar quebra do sigilo. Se mesmo assim alguma falha ocorrer, este estudo será interrompido.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o grupo de pesquisa terá conhecimento dos dados. Os nomes dos responsáveis serão trocados por números na planilha de análise e o CPF será apenas utilizado como forma de garantir que o responsável responda o questionário uma única vez, porém não será visto ou guardado pelo pesquisador ou pelo orientador. Os dados coletados serão armazenados em local seguro e privativo por 5 anos após divulgação dos resultados e posteriormente serão destruídos.

Benefícios: esperamos que esse estudo traga informações importantes sobre os seus conhecimentos em relação ao tratamento de seus filhos e sobre a efetividade da terapia escolhida, de forma que os resultados obtidos a partir desta pesquisa possam criar discussões no meio médico sobre a relação entre pediatra e pais, sobre a importância de conversar com vocês, responsáveis, sobre o tratamento de seus filhos para melhorar a adesão e adequar o tratamento. Também esperamos descrever as alterações resultantes das terapias escolhidas para melhorar o conhecimento de vocês, responsáveis, sobre o transtorno e o tratamento. Você também terá a possibilidade de deixar o seu e-mail eletrônico abaixo caso queira receber os resultados do estudo para vislumbrar a devolutiva ao participante e aos pacientes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Pagamento: o Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. O pesquisador ficará encarregado das despesas da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, relembramos que a pessoa que pretende responder o questionário pode parar de fazê-lo caso sinta-se desconfortável ou constrangido, bem como pode responder ao questionário sem a obrigatoriedade de responder a alguma questão que lhe cause desconforto. Solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto eletronicamente aceite responder ao questionário para essa pesquisa e a validade da confirmação eletrônica como sua assinatura.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Responsável:	
E-mail do responsável caso queira receber a devolutiva do estudo:	

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura do Pesquisador

Data: ____ / ____ / ____

CONTATO:

Pesquisador: Giani Ciocari (gianiciocari@outlook.com)

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Comitê de Ética e Pesquisa/UFFS:

- **Telefone: (49) 2049-3745**
- **Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.**

1.1.12.2 APÊNDICE 2

Questionário:

- 1) Nome do responsável:
- 2) CPF (apenas como forma de diminuir viés para que cada responsável responda uma única vez o questionário):
- 3) Idade do responsável:
- 4) Sexo do responsável:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
- 5) Idade do paciente:
- 6) Sexo do paciente:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
- 7) O paciente tem irmãos(as)?
 - a) Não.
 - b) Sim, um (a)
 - c) Sim, mais que um (a)
- 8) Qual a renda familiar em salários mínimos?
- 9) Quanto tempo você passa por dia com seu filho, em média?
- 10) O paciente tem alguma outra comorbidade?
 - a) Sim
 - b) Não

Se sim, qual(is)? _____
- 11) Há quanto tempo o paciente foi diagnosticado TDAH?
- 12) Que profissional fez o diagnóstico de TDAH do paciente?
 - a) Médico pediatra
 - b) Médico psiquiatra
 - c) Médico neurologista
 - d) Médico geral
 - e) Médico com outra especialidade
 - f) Outros
- 13) Assinale os sintomas que o paciente apresentava antes do diagnóstico:
 - a) Desatenção

- b) Impulsividade
- c) Hiperatividade
- d) Dificuldade de focar em um assunto
- e) Inquietação
- f) Irritabilidade
- g) Falta de comunicação
- h) Agressividade
- i) Perdas materiais constantes
- j) Desorganização

14) Qual foi a terapia escolhida para o tratamento do paciente?

- a) Medicamentosa
 - b) Terapia cognitivo-comportamental - acompanhamento psicológico com médico(a), psicólogo(a) ou psicopedagogo(a)
 - c) Psico-educação, paciente aprende constantemente sobre seu transtorno.
 - d) Apenas, mudanças de hábitos e comportamento com ajuda de responsáveis e educadores, sem auxílio de psicólogos(as) e médicos(as)
- Se outra(s), qual(is)? _____

15) O paciente faz uso de terapia medicamentosa?

- a) Sim
- b) Não

16) Se a resposta for não, passe para a questão 21. Caso a resposta anterior seja sim, assinale o(s) medicamento(s):

- a) Lisdexanfetamina (*Venvanse*[®])
- b) Metilfenidato ação curta (*Ritalina*[®])
- c) Metilfenidato ação prolongada (*Ritalina LA*[®] e *Concerta*[®])
- d) Atomoxetina (*Strattera*[®])
- e) Imipramina (*Tofranil*[®])
- f) Nortriptilina (*Pamelor*[®])
- g) Bupropiona (*Wellbutrin SR*[®])
- h) Clonidina (*Atensina*[®])
- i) Modafilina (*Stavigile*[®])
- j) Outra medicação

17) Há quanto tempo o paciente faz uso da medicação ?

18) Você percebeu melhora nos sintomas que seu (a) filho (a) apresentava após início da medicação?

- a) Sim
- b) Não

19) Em relação aos sintomas anteriores ao tratamento que você marcou na pergunta 12, assinale aqueles que você notou melhora com o uso da medicação:

- a) Desatenção
- b) Impulsividade
- c) Hiperatividade
- d) Dificuldade de focar em um assunto
- e) Inquietação
- f) Irritabilidade
- g) Falta de comunicação
- h) Agressividade
- i) Perdas materiais constantes
- j) Desorganização

20) De 0 a 10, sendo 0 igual a nenhuma alteração e 10 igual a melhora total, como você avaliaria a melhora dos sintomas com a terapia medicamentosa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21) O paciente associa a terapia medicamentosa com acompanhamento psiquiátrico/psicológico?

- a) Sim
- b) Não

22) O paciente faz uso de outro medicamento que não seja para o TDAH?

23) O paciente realiza somente acompanhamento com psiquiatra ou psicólogo?

- a) Sim, somente
- b) Sim, associada a outro tratamento
- c) Não

24) Você acha que esse acompanhamento melhora os sintomas do paciente?

a) Sim

b) Não

25) Em relação aos sintomas anteriores ao tratamento que você marcou na pergunta 12, assinale aqueles que você notou melhora com o acompanhamento de um profissional:

a) Desatenção

b) Impulsividade

c) Hiperatividade

d) Dificuldade de focar em um assunto

e) Inquietação

f) Irritabilidade

g) Falta de comunicação

h) Agressividade

i) Perdas materiais constantes

j) Desorganização

26) Você acha que é importante que os responsáveis pelo paciente estejam bem informados sobre a conduta que está sendo feita pelo médico?

a) Sim

b) Não

27) De 0 a 10, sendo 0 pouco e 10 muito, quanto você considera que sabe sobre o transtorno do déficit de atenção e sobre o tratamento de seu filho?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

28) Qual a principal fonte de informações para você sobre o TDAH e tratamento de seu filho?

a) Informações de médico

b) Informações de psicólogo

c) Pesquisa em livros ou internet

d) Grupos de apoio para responsáveis de pacientes com TDAH

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa intitulado “Percepção parental sobre a terapia em pacientes pediátricos diagnosticados com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” teve início no segundo semestre de 2018, durante o componente curricular “Pesquisa em Saúde” da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, em que foram elaborados a temática, o desenho do estudo, o referencial teórico, a escolha de orientador, a produção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do questionário e o começo da escrita desse relatório.

Na disciplina de “Trabalho de Conclusão de Curso I”, que ocorreu no primeiro semestre de 2019, foi dada continuidade ao referencial teórico e a esse relatório. Ademais o projeto de pesquisa foi submetido para o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos no início de abril e obteve resposta no início de maio, retornando com três pendências, sendo elas:

METODOLOGIA:

1. Informar quando, onde e como os dados serão arquivados pela equipe de pesquisa e o destino a ser dado a eles posteriormente ao tempo de guarda (5 anos);

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

2. Alterar data de início da coleta de dados para data posterior à aprovação pelo CEP;

TCLE:

3. Informar formas de contato com o CEP/UFFS;

As três pendências foram devidamente respondidas e alteradas no projeto submetido, esse que obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no dia 7 de junho de 2019. Dia 15 de junho, foram mandados os questionários para as páginas descritas na metodologia e obteve-se o n calculado de 168 participantes ao final de agosto.

Foram realizadas as duas digitações dos dados em um programa de livre distribuição em setembro. Em outubro, realizou-se a análise dos dados e escrita do artigo científico no componente curricular “Trabalho de Conclusão de Curso II”. Esse artigo foi composto por resumo, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências, bem como foi incluído ao projeto de pesquisa. Ademais foi preparada, em novembro, uma apresentação oral para divulgação dos resultados dessa pesquisa. Dia 22 do mesmo mês, o estudo foi submetido a um comitê avaliador que aprovou o trabalho, resultando em aprovação do componente

curricular. Em dezembro, finalizou-se o artigo a partir das correções da banca avaliadora e posteriormente houve a devolutiva àqueles que responderam à pesquisa.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

PERCEPÇÃO PARENTAL SOBRE A TERAPIA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Mathias Pilot Mazzarino¹, Bruna Chaves Lopes², Giani Cioccarì²

¹Acadêmico do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo.

²Professora do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo.

RESUMO

Objetivo: Esse trabalho teve como objetivo a avaliação da terapia escolhida para abordagem do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em pacientes pediátricos de acordo com a percepção parental sobre a alteração de sinais e sintomas do transtorno em relação ao comportamento do paciente em ambientes de convivência social. **Métodos:** Estudo transversal realizado através de questionário online, no período de abril a novembro de 2019, com pais de pacientes diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade que estavam com idade de 5 a 12 anos no período de coleta. A amostra calculada foi de 168 responsáveis. Por meio de um programa de livre distribuição, foram realizadas análises descritiva e estatística, utilizando Qui-Quadrado de Pearson e considerado valor de $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Houve maior prevalência de participantes do sexo feminino (99,4%). A percepção de melhora apareceu em 77,9% com a terapia medicamentosa e em 72% com o acompanhamento psicológico. Uma porcentagem de 39,9% da amostra considera ter muitas informações sobre o TDAH e tratamento. Pesquisa na internet e em livros foram a principal fonte de informações (53%). Entre os participantes, 42,9% avaliou positivamente as informações do médico sobre o TDAH. **Conclusão:** A maioria dos pais relatou ter bastante informações sobre o transtorno e as opções terapêuticas e a grande maioria percebeu melhora dos sintomas com a terapia escolhida. Conclui-se que as terapias atuais são capazes de conter significativamente a sintomatologia e melhorar o prognóstico da criança.

Palavras-chave: Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, percepção parental, terapia medicamentosa, acompanhamento psicológico, pacientes pediátricos.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate the therapy chosen to treat attention deficit hyperactivity disorder in pediatric patients according to parents' perception of changes

in signs and symptoms regarding the behavior of patients in social living environments. **Methods:** Cross-sectional study conducted through an online questionnaire. Period was from April to November 2019, with parents of patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder who were aged 5 to 12 years old in the collection period. The calculated sample was 168 participants. Through a free distribution program, descriptive and statistical analyzes were made using Pearson's chi-square and considered a value of $p < 0.05$ as significant. **Results:** There was a higher prevalence of female participants (99.4%). The perception of improvement appeared in 77.9% with drug therapy and 72% with psychological follow-up. A percentage of 39.9% of the sample considers to have a lot of information about ADHD and treatment. Internet and book research were the main source of information (53%). Among the participants, 42.9% of the sample positively evaluates information that came from the physician. **Conclusion:** Most parents reported having a lot of information about the disorder and treatment options and the vast majority noticed improvement of symptoms with the chosen therapy. It is concluded that current therapies are able to significantly contain the symptoms and improve the child's prognosis.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, parental perception, drug therapy, psychological counseling, pediatric patients.

INTRODUÇÃO:

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas ambientais e genéticas, geralmente diagnosticado na infância e acompanha a maior parte dos indivíduos por toda a vida, uma vez que não possui cura. O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, inquietude e/ou hiperatividade/impulsividade, também conhecido como DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção), é majoritariamente diagnosticado na escola durante a infância, quando a criança enfrenta a necessidade de prestar atenção e de relacionar diferentes conteúdos e assuntos¹.

O TDAH é um problema que atinge até 5% da população pediátrica e configura-se como o mais comum em crianças e adolescentes encaminhados para serviços especializados. Entre 15% a 20% dos casos infantis avança para a vida adulta, embora os sintomas de inquietude sejam mais brandos com o passar dos anos¹. Caso não seja tratado adequadamente, pode causar falhas no aprendizado e no desenvolvimento social do paciente devido à dificuldade que o cérebro tem em criar memórias, caso haja dificuldade em manter a atenção².

Dessa forma, torna-se necessário que o paciente tenha um tratamento adequado e consiga participar de práticas escolares e familiares que facilitem sua inclusão e seu aprendizado. Por ser uma doença crônica da infância, é muito importante que os pais estejam

cientes que cuidar dessa criança requer habilidades específicas, conhecimento da doença, dos sintomas e das demais características, peculiares para cada tipo de patologia. Por isto é preciso que os cuidadores busquem conhecimento sobre o tratamento, o que facilita o desenvolvimento da terapêutica adequada³.

Apesar de sentirem-se excluídos da comunicação médico-cuidador, os pacientes pediátricos consideram imprescindível que os pais sejam os mediadores e estejam presentes durante a consulta⁴. Essa participação de pessoas responsáveis no manejo do tratamento infantil torna necessário o conhecimento da opinião dos pais sobre as terapias. Além disso, uma vez que a adesão ao tratamento é diretamente relacionada a comunicação com a equipe de saúde e entendimento da doença, a avaliação da percepção parental sobre a efetividade da escolha de tratamento do TDAH em crianças faz-se necessário⁵.

MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo observacional, transversal, descritivo. A população foi composta por pais ou responsáveis de pacientes pediátricos de 5 a 12 anos de idade diagnosticados com TDAH. Foram excluídos do estudo questionários incompletos, com menos de 90% das respostas. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80%, com razão de não expostos/expostos de 1:9, prevalência de 70%, frequência esperada do desfecho em não expostos de 36,8% e **RP** de 2, totalizando 168 responsáveis participantes.

As variáveis independentes avaliadas foram idade e sexo do paciente, idade e sexo dos pais, número de irmãos, renda familiar, sintomas antes de receber tratamento, tais como hiperatividade, desatenção, impulsividade, dificuldade de focar em um assunto, comunicação na escola e em ambiente familiar, agressividade, irritabilidade e inquietação. Também foram avaliados tempo de diagnóstico, tipo de terapia, tempo de tratamento, presença de outras comorbidades, acompanhamento médico e psicológico, médico que realizou diagnóstico e conhecimento parental sobre o transtorno e tratamento. Estes dados foram obtidos através de questionário eletrônico composto por questões abertas e de múltipla escolha. O desfecho foi a percepção parental sobre a alteração da condição do paciente.

Os dados obtidos dos questionários foram exportados para o programa PSPP (ambos de distribuição livre), para realização de análise estatística. Foi realizada distribuição de frequências e verificação da distribuição da variável dependente em função das independentes

por meio de teste de Qui-Quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância estatística de 5%. Todos os participantes aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob CAAE 12469219.6.0000.5564.

RESULTADOS

Foram 186 pais que responderam o questionário, 18 foram excluídas porque não completavam 90% das respostas ou os filhos não se encontravam na faixa etária, totalizando 168 participantes. Encontrou-se 99,4% de cuidadores do sexo feminino, a faixa etária com maior frequência foi a de 35 a 44 anos (47%), média aproximada de 37,3 anos, e 51,8% da amostra tinha renda familiar de 1 a 5 salários mínimos (R\$998,00). Os participantes relataram que 53% dos pacientes tinham idade de 9 a 12 anos, sendo a moda igual a 9 e média aproximada de 8,6 anos de idade. Entre os pacientes, 84% são do sexo masculino e 72% não são filhos únicos. Apesar de 66% dos pacientes não possuírem comorbidades, a mais prevalente de acordo com os responsáveis foi o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) com 10,7% (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra de participantes responsáveis por crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e caracterização dos pacientes, Passo Fundo/RS. (n=168)

Variáveis	n	%
Idade dos responsáveis		
≤ 24 anos	2	1,2
> 24 e ≤ 35 anos	59	35,1
> 35 e < 45 anos	79	47,0
≥ 45 anos	28	16,7
Sexo dos responsáveis		
Masculino	1	0,6
Feminino	167	99,4
Responsável com mais de um filho		
Não	47	28,0
Sim	121	72,0
Renda familiar em salário mínimo (R\$998) (n= 160)		
≤ 1	21	13,1
> 1 e < 5	87	54,4

≥ 5 e < 10	31	19,4
≥ 10	21	13,1
Idade do paciente		
≥ 5 e ≤ 8 anos	79	47,0
> 8 e < 13 anos	89	53,0
Sexo do paciente		
Masculino	141	83,9
Feminino	27	16,1
Comorbidades do paciente		
Nenhum	112	66,7
Transtorno opositivo-desafiador (TOD)	18	10,7
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	5	3,0
Transtorno do espectro autista (TEA)	9	5,3
Asma	7	4,2
Dislexia	9	5,3
Deficiência intelectual	6	3,6
Outras	15	8,9

Quanto ao diagnóstico e tratamento do TDAH, 41,9% dos pacientes foram diagnosticados há mais de 2 anos e realizam tratamento desde então, seja medicamentoso ou não. Em 60,1%, o diagnóstico foi realizado por médico neurologista. Entre os sintomas anteriores ao diagnóstico, o mais prevalente foi desatenção em 92,2% dos pacientes. A terapia mais usada foi a medicamentosa em 83,9% e, desses responsáveis, 77,7% perceberam melhora dos sintomas após início da terapia medicamentosa. Dentro desses 83,9% que fazem uso de medicação, 43,2% relatam melhora regular dos sintomas e 57,1% utilizam metilfenidato de ação curta (*Ritalina*®) como terapia. A associação entre terapia medicamentosa e acompanhamento psicológico apareceu em 72,6%. Entre os 168 responsáveis, 74,4% relataram que o paciente realiza acompanhamento psicológico/psiquiátrico e 72% desses responsáveis percebem melhora dos sintomas (Tabela 2).

Tabela 2. Dados relacionados ao diagnóstico, tratamento e percepção dos participantes da pesquisa sobre o transtorno do déficit de atenção, Passo Fundo/RS. (n=168)

Variáveis	n	%
Tempo desde o diagnóstico (n=167)		

≤ 6 meses	32	19,2
> 6 meses e ≤ 1 ano	34	20,4
> 1 e ≤ 2 anos	31	18,6
> 2 anos	70	41,9
Profissional que diagnosticou		
Neurologista	101	60,1
Psiquiatra	31	18,4
Pediatra	5	3,0
Clínico Geral	1	0,6
Médico com outra especialidade	5	2,9
Outro	25	14,9
Sintomas que paciente apresentou antes do diagnóstico		
Desatenção	155	92,3
Impulsividade	129	76,8
Hiperatividade	127	75,6
Dificuldade de focar em um assunto	142	84,5
Inquietação	144	85,7
Irritabilidade	114	67,9
Falta de comunicação	35	20,8
Agressividade	66	39,3
Perdas materiais constantes	113	67,3
Desorganização	138	82,1
Tipos de terapia		
Medicamentosa	141	83,9
Acompanhamento psicológico	125	74,4
Psico-educação	21	12,5
Mudanças comportamentais	16	9,5
Outra	23	13,7
Medicamentos (n=140)		
Metilfenidato de ação curta	80	57,1
Metilfenidato de ação prolongada	26	18,6
Lisdexanfetamina	7	5,0

Imipramina	15	10,7
Outra	50	35,7
Tempo de medicação (n=140)		
≤ 6 meses	26	18,6
> 6 meses e ≤ 1 ano	29	20,7
> 1 e ≤ 2 anos	26	18,6
> 2 anos	59	42,1
Percepção de melhora com terapia medicamentosa (n=140)		
Não	10	7,1
Sim	109	77,9
Talvez	21	15,0
Sintomas após medicação (n=136)		
Desatenção	96	70,6
Impulsividade	61	44,9
Hiperatividade	63	46,3
Dificuldade de focar em um assunto	67	49,3
Inquietação	47	34,6
Irritabilidade	38	27,9
Falta de comunicação	13	9,6
Agressividade	30	22,1
Perdas materiais constantes	30	22,1
Desorganização	35	25,7
Avaliação da melhora com terapia medicamentosa (n=139)		
Sem melhora	10	7,2
Pouca melhora	19	13,7
Melhora regular	60	43,2
Boa melhora	43	30,9
Ótima melhora	7	5,0
Associação de terapia medicamentosa com acompanhamento (n=139)		
Associa	101	72,7
Não associa	38	27,3
Acompanhamento psicológico		

Não	43	25,6
Sim, associado com outro tratamento	104	61,9
Sim, somente	21	12,5
Percepção da melhora com acompanhamento (n=125)		
Não percebeu melhora	7	5,6
Percebeu melhora	90	72,0
Não sabe se houve melhora	28	22,4
Sintomas após acompanhamento psicológico (n=109)		
Desatenção	44	40,4
Impulsividade	56	51,4
Hiperatividade	28	25,7
Dificuldade de focar em um assunto	42	38,5
Inquietação	36	33,0
Irritabilidade	41	37,6
Falta de comunicação	22	20,2
Agressividade	40	36,7
Perdas materiais constantes	16	14,7
Desorganização	30	27,5

A Tabela 3 está relacionada com a percepção e avaliação dos responsáveis quanto ao conhecimento da condição estudada e sobre as fontes de informação. Os dados apresentaram que 99,4% da amostra acha importante estar ciente sobre a conduta do médico, 39,9% avalia o próprio conhecimento como tendo muitas informações sobre o assunto, sendo que 53% da população tem a pesquisa em livros e internet como principal fonte de informação. Na avaliação das informações passadas pelo médico, 35,1% da amostra considerou as informações regulares/satisfatórias.

Tabela 3. Avaliação da qualidade e quantidade de informações sobre o TDAH e seu tratamento por dados coletados pelos participantes da pesquisa. (n=168)

Variáveis	n	%
Responsável estar ciente da conduta do médico		
É importante	167	99,4

Não sei se há importância	1	0,6
Não é importante	0	0,0
Autoavaliação do conhecimento		
Sem informações	9	5,3
Poucas informações	7	4,2
Informações suficientes	49	29,2
Muitas informações	67	39,9
Clareza sobre o assunto	36	21,4
Principal fonte de informação sobre TDAH		
Pesquisas em livros e internet	89	53,0
Grupos de apoio para responsáveis	35	20,8
Informações passadas pelo médico	31	18,4
Informações passadas pelo psicólogo(a)	9	5,4
Família	1	0,6
Outro	3	1,8
Avaliação das informações passadas pelo médico		
Péssimo	17	10,1
Ruim	20	11,9
Neutro	59	35,1
Bom	52	31,0
Ótimo	20	11,9

Esse estudo apresentou limitações como o fato de ser um questionário autoaplicável, o que pode interferir na resposta caso o participante não entenda a pergunta. Também foi considerado o viés de memória, por algumas perguntas serem retrospectivas, e de falsa resposta, caso alguma questão tenha causado constrangimento ao responsável ou ao paciente.

DISCUSSÃO

Entre os 168 participantes da pesquisa, foi encontrado que 99,4% dos responsáveis são do sexo feminino, resultado superior, mas concordante, ao encontrado por uma pesquisa realizada no centro hospitalar Tondela-Viseu, que analisa a perspectiva dos pais sobre a relação de ajuda na pediatria em crianças internadas. Tal pesquisa apresentou 93,6% dos participantes do sexo feminino⁶. Gambarra e Crepaldi (2011)⁴ constataram 86% de mães acompanhando a

internação do(a) filho(a) com doença crônica, o que também concorda com o resultado deste estudo. Esses dados mostram que as mães tendem a ser as responsáveis pela saúde e cuidado do filho. Também é válido ressaltar que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 38,7% das famílias brasileiras são chefiadas por mães solo, o que também pode explicar o elevado número de participantes do sexo feminino.

Entre os participantes deste estudo, 83,9% relataram ter filhos do sexo masculino. Uma revisão sistemática sobre o TDAH analisou 18 estudos que avaliaram essa variável⁷. Dentre eles, 4 não encontraram diferença significativa enquanto 14 constataram maior prevalência o sexo masculino. O presente estudo encontrou relação aproximada 5,2:1 de prevalência masculino:feminino, resultado que, apesar de superior, concorda com uma pesquisa em quatro escolas públicas brasileiras⁸ que obteve 2:1 como resultado. Outro estudo, que apresenta maior prevalência do TDAH no sexo masculino, foi realizado em um ambulatório em Santa Catarina por análise de prontuários. Essa pesquisa encontrou 79,5% de prevalência do sexo masculino⁹.

O sintoma mais prevalente neste estudo foi a desatenção (92,3%), seguida pela inquietação (85,7%) e a hiperatividade apareceu em 75,6% da população. Contudo entre os 168 participantes, 117 relataram associação de desatenção e hiperatividade (69,6%) enquanto 38 relataram apenas desatenção (22,6%) e 10 apenas hiperatividade (5,9%). Um estudo realizado em escolares encontrou como subgrupo mais frequente aquele que apresentava somente desatenção¹⁰, que correspondeu a 39,1% da amostra. Esse mesmo estudo encontrou a associação entre desatenção e hiperatividade em 37,7% e também hiperatividade predominante em 23,2% dos alunos.

Enquanto a literatura apresenta 58% de associação entre TDAH e comorbidades¹¹, o presente estudo obteve 66,7% de pais que negaram comorbidades. O Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) foi a comorbidade mais relatada pelos participantes, com percentagem equivalente a 10,7%. A prevalência encontrada em outros estudos foi de 38,5%¹¹ e 60%¹², apesar de constatado o TOD como comorbidade mais prevalente¹¹. Essa discrepância de prevalências pode ter ocorrido devido à limitação desta pesquisa que foi a resposta dos responsáveis ao questionário online, sendo que 9,5% da amostra julgou o próprio conhecimento sobre a condição do filho como “poucas informações”.

Em 2014, Wolraich et al.¹³ elaboraram um estudo com 10427 escolares em dois estados dos Estados Unidos da América (EUA). A pesquisa constatou que a maioria das crianças que preenchem critérios para diagnóstico de TDAH segundo DSM-IV não está sob medicação.

Esse dado entra em discrepância com o atual estudo, no qual 83,9% dos pais relataram uso de medicação contínua para o tratamento do TDAH. Em 2006, a *Food and Drug Administration* (FDA) ordenou que estimulantes, como os fármacos para tratamento do TDAH, portassem alertas de risco de morte súbita, ataques cardíacos e alucinações. Esse fato pode ter aumentado as preocupações dos pais quanto ao uso dessas drogas e a escolha por uma conduta não medicamentosa. Ademais, a pesquisa de 2014 também demonstrou que 68% das crianças que possuem os critérios do DSM-IV não receberam diagnóstico e não realizavam tratamento algum. Esse dado e a ordem da FDA podem explicar os resultados discrepantes.

Um estudo que avaliou 127 prontuários de crianças com TDAH encontrou 85% de pacientes em uso de terapia medicamentosa, estando em acordo com o presente estudo (83,9%, $n = 141$). Ambos resultados estão de acordo com o preconizado como primeira linha para tratamento de TDAH no Brasil, que consiste em uma abordagem multimodal, na qual está contido o tratamento farmacológico¹. Ademais, estudos conseguiram comprovar que o consumo de psicoestimulantes, associado ou não à psicoterapia, é a melhor estratégia para o tratamento desse transtorno^{14,15}.

Entre os 141 participantes que relataram que o(a) filho(a) faz terapia medicamentosa para o TDAH, 75% relataram uso de metilfenidato, sendo 76% de ação curta e 24% de ação prolongada. O metilfenidato foi o fármaco de maior prevalência neste estudo, em consonância com outra pesquisa em escolares, que mostra consumo por 92,6% da amostra⁹. Dados que estão em acordo com o fato dessa droga ser primeira linha de tratamento farmacológico para essa desordem. Esse consumo de metilfenidato pela maioria dos pacientes também concorda com o aumento de 940% do uso desse psicoestimulante na população geral brasileira entre os anos de 2000 e 2004¹⁶.

Uma pesquisa que entrevistou pais de crianças com TDAH mostrou que apenas 25% aderem corretamente ao tratamento farmacológico⁹. Esse dado associado à ineficácia dos psicoestimulantes em até 30% e à persistência dos sintomas na fase adulta em até 60%¹, apresenta o quão fundamental é o acompanhamento psicológico. Entre os participantes desta pesquisa, 74,4% relataram que o filho está realizando acompanhamento psicológico e 72% relatou melhora dos sintomas. Está constatado que essa terapia ajuda a redirecionar a atenção do paciente, reestruturar suas crenças de maneiras mais adaptativas, modificar seus comportamentos e auxiliar nas habilidades sociais¹⁷, podendo diminuir e até parar o consumo

da medicação. Mesquita (2009)¹⁷ também apresentou estudos que demonstraram benefícios da terapia cognitiva-comportamental em sintomas persistentes após início da medicação.

A maioria (53%) dos participantes assinalou que a principal fonte do seu conhecimento é “pesquisas em internet e livro”, e apenas 18,4% assinalou “informações passadas pelo médico”. Esse fato é preocupante por três motivos, o primeiro é a angústia de portar males descritos na internet que não correspondem ao diagnóstico real, o segundo é quando o paciente recorre à automedicação¹⁸ e o terceiro é a propagação de informações muitas vezes incorretas, incompletas e pobres de embasamento¹⁹. Também é evidenciado na literatura que as informações sobre medicina na internet tendem a tornar os pacientes mais duvidosos, o que colabora para mudanças na relação médico-paciente¹⁸.

Sabendo que a maioria dos pais avaliou positivamente as informações passadas pelo médico, podemos cogitar que a alta taxa de percepção de melhora pelos responsáveis (77,9% pela terapia medicamentosa, 72% pelo acompanhamento psicológico) está relacionada com o melhor vínculo médico-família na pediatria. Quanto mais for estimulado esse vínculo, haverá mais troca de informações e menos responsáveis buscarão respostas na internet, sendo menor a exposição a informações incorretas e sem base teórica. Ademais haverá maior facilidade para analisar o desenvolvimento psicomotor do paciente, adequar o tratamento e avaliar a adesão. Assim, os médicos são a principal fonte de conhecimento dos pais sobre a doença e tratamento, mantendo qualidade das informações e melhorando o prognóstico da criança.

CONCLUSÃO

De acordo com esses resultados, percebe-se a necessidade de médicos ativos no acompanhamento de doenças crônicas na infância que integrem a família na decisão a ser tomada vislumbrando todas as opções terapêuticas. Dessa forma, os pais estarão melhor preparados para manejar questões como aprendizado e interação social da criança ao entender o que funciona melhor para cada uma. Ao passo que o paciente terá melhor resposta ao tratamento, obtendo melhora de seu aprendizado e desenvolvimento psicomotor e diminuição de prejuízos a longo prazo e transtornos associados. Por isso considera-se importante que sejam realizadas mais pesquisas sobre as prevalências a respeito dessa desordem, bem como sobre a percepção dos pais acerca das condutas médicas. A divulgação deste estudo pretendeu promover informação sobre o TDAH e demonstrar para outros responsáveis os benefícios de saber sobre a condição e tratamento e de estar presente no processo de saúde de seu filho.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), p.4. Site da Associação disponível em <http://www.tdah.org.br/>. Acesso em 3 set. 2018.
2. Dalgalarondo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 174-192.
3. Araújo, YB. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2009.
4. Gabarra, LM; Crepaldi, MA. A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, [S.l.]. 2017, 29, 65. ISSN 1980-5942. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20335/19607>. Acesso em: 31 out. 2019.
5. Marín-Méndez, JJ; Álvarez-Gómez, MJ; Borra-Ruiz, MC; Valdivielso, MV; Díez-Suárez, A; Manglano, PC; Soutullo-Esperón, C. Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade em crianças com idade pré-escolar. Prevalência epidemiológica em Navarra e La Rioja, Espanha. *Rev. neurol.* (Ed. impr.) ; 66(supl.1): S115-S120, mar. 2018.
6. Almeida, EMMS; Pereira, A. Relação de Ajuda em Pediatria: perspectiva dos pais. Repositório Científico do Instituto Politécnico De Viseu, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1683>. Acesso em: 4 out. 2019.
7. Hora, AF; Silva, S; Ramos, M; Pontes, F; Nobre, J. The prevalence of ADHD: a literature review. *Psicologia*. 2015 29(2), 47-62.
8. Fontana, RSF; Vasconcelos, MMV; Werner Junior, J; Góes, FV; Liberal, EF. Prevalência De TDAH Em Quatro Escolas Públicas Brasileiras. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(1):134-137.
9. Moreira M, Remor K, Sakae T, Blatt C. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: PREVALÊNCIA E USO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS DE UM AMBULATÓRIO NO SUL DE SANTA CATARINA. Disponível em <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/312>. Acesso em 4 out. 2019.

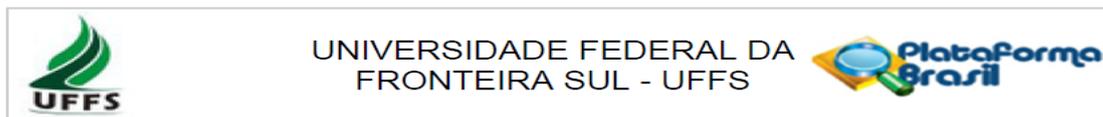
10. Vasconcelos, MMV; Werner Junior, J; Malheiros, AFA; Lima, DFNL; Santos, ISSO; Barbosa, JB. Prevalência Do Transtorno De Déficit De Atenção/Hiperatividade Numa Escola Pública Primária. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(1):67-73.
11. Pastura, G.; Mattos, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Rev. Psiq. Clín.* 2004, 31 (2);100-104.
12. Pereira HS; Araújo APQC; Mattos P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.5 no.4 Recife Oct./Dec. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10 set. 2019.
13. Wolraich, ML; McKeown, RE; Visser, SN; Bard, D; Cuffe, S; Neas, B; et al. The Prevalence of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2012, 18(7), 563–575.
14. Greenhill LL, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott G, et al. Medication treatment strategies in the MTA study: Relevance to clinicians and reserchers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1304-13.
15. The MTA Cooperative Group Multimodal Treatment Study Of Children With ADHD. A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention Deficit/hyperactivity Disorder. *Arch GenPsychiatry*. 1999; 56: 11073-86.
16. Leite, EG; Baldini, NLF. Transtorno de défict de atenção/hiperatividade e metilfenidato: uso necessário ou induzido? *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, ISSN-e 1982-4785, 2011, 1: 142-155.
17. Mesquita CM; Porto PR; Rangé BP; Ventura PR. Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. *Rev. Brasileira de terapias cognitivas*. ISSN 1982-3746, 2009; 5: 35-45.
18. Coelho, EQ; Coelho, AQ; Cardoso, JED. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente?. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2013 Apr [cited 2019 Nov 05]; 21(1): 142-149.
19. Malafaia G; Castro ALS; ASL Rodrigues. A qualidade das informações sobre doenças disponíveis em websites brasileiros: uma revisão. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. Disponível em <https://portalnepas.org.br/abcs/article/view/63>. Acesso em 3 de novembro.
20. Benczik, EBP. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

21. Nova, C; Vegni, E; Moja, EA. The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*. 2005, 58(3), 327-333.
22. Rohde LA. ADHD in Brazil: the DSM IV criteria in a culturally different population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1131-3.
23. Instituto Paulista De Déficit De Atenção - IPDA. Site do Instituto disponível em <https://dda-deficitdeatencao.com.br/>. Acesso em 23 nov. 2018.
24. Cruz, MGA; Okamoto, MY; Ferrazza, DA. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface*. 2016; 20, 58:703-714.

4. ANEXOS

4.1. Anexo A

Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção parental sobre a terapia em pacientes pediátricos diagnosticados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

Pesquisador: Giani Cioccarì

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12469219.6.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.376.196

Apresentação do Projeto:

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que haviam permanecido pendências conforme parecer nº 3.336.378

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências éticas foram resolvidas de forma satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

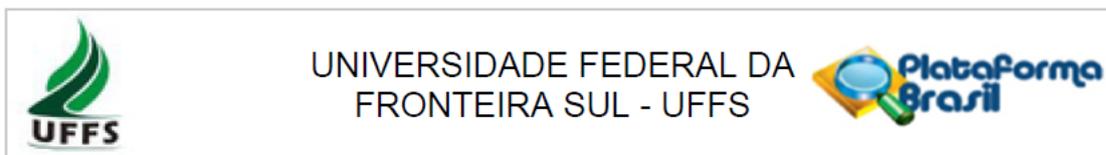
Não há impedimentos éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.376.196

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1329821.pdf	03/06/2019 02:13:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCSUBMETIDO2.pdf	03/06/2019 02:13:20	Giani Cioccarri	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.376.196

Outros	CARTA.pdf	03/06/2019 02:11:28	Giani Cioccarri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	03/06/2019 02:11:17	Giani Cioccarri	Aceito
Outros	est_nario.pdf	09/04/2019 20:17:32	Giani Cioccarri	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/04/2019 19:15:14	Giani Cioccarri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

4.2. Anexo B

Normas para envio de artigos

A Revista Debates em Psiquiatria - RDP é uma publicação bimestral da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP – com a finalidade de publicar artigos de qualidade com foco principal nos aspectos clínicos da Psiquiatria e nas áreas de epidemiologia clínica, saúde pública, intervenção psiquiátrica em desastres e problemas relevantes de saúde mental. Visando oferecer aos associados da ABP, residentes, pós-graduandos e especializandos, informação de qualidade que complemente sua atualização e educação continuada.

São aceitos para apreciação apenas trabalhos originais, em português que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista.

Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, carta aos editores, casos clínicos e resenhas de livros. Os trabalhos que estiverem fora das normas editoriais exigidas pela revista não serão aceitos para análise e serão devolvidos aos autores que possam encaminhar novamente para apreciação após as devidas reformulações.

Após a verificação dos aspectos formais e legais, e da avaliação e aprovação pelo Corpo Editorial, os manuscritos serão encaminhados a dois pareceristas para avaliação, (peer review), sendo assegurado o anonimato durante o processo de julgamento. A decisão final dos editores será enviada ao(s) autor(es), juntamente com os pareceres anônimos (sugestões e/ou críticas). Nos casos em que forem solicitadas modificações os autores devem enviar o manuscrito revisado com as sugestões sugeridas pelos revisores em 30 dias assim como uma carta resposta comentando ponto a ponto as alterações efetuadas. Caso o artigo seja aprovado e publicado somente a Revista Debates em Psiquiatria poderá autorizar a reprodução em outro periódico.

Nestes casos, os autores devem pedir autorização por escrito.

Envio do Manuscrito Para Submissão:

Os documentos deverão ser enviados à Revista Debates em Psiquiatria, através do email: abpsp@abpbrasil.org.br em arquivo Word anexado.

Tipos de Trabalhos:

– Editorial: Comentário crítico a convite dos Editores. O texto deve conter até 900 palavras e um máximo de 5 referências.

– Artigos Originais: Artigos destinados a comunicar resultados de pesquisa original inédita, experiências clínicas ou outras contribuições originais. O texto deve conter até 2.500 palavras (excluindo resumo e referências). No caso de trabalho experimental incluir introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos. O resumo deverá ter um máximo de 250 palavras e 3 palavras-chaves, incluindo uma versão em inglês. O texto deverá conter até 40 referências e no máximo 5 tabelas ou figuras. Em agradecimentos, adicionar uma breve declaração de conflito de interesses.

– Artigo de atualização/revisão: Artigos que constituem de avaliação crítica da literatura sobre um assunto atual ou relativo ao progresso da psiquiatria. O texto deve conter até 3.500 palavras (excluindo resumo e referências), resumo com 3 palavras-chaves e respectivas versões em inglês, 80 referências e no máximo 5 tabelas ou figuras.

-Casos clínicos: Trabalhos contendo dados descritivos de um ou mais casos clínicos de grande interesse e raros e que apresentem uma breve revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos. O texto deve conter até 1500 palavras e 15 referências.

– Casos referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos serão aceitos da seguinte forma: (1) Nas condições em que existir a possibilidade de o paciente assinar um termo de consentimento, esta é a documentação preferencial. Isto inclui paciente que de imediato o clínico vê interesse no seu relato e que está acessível quando da decisão pelo clínico do relato; (2) Nas condições em que o paciente não tiver a possibilidade de assinar. Isto inclui casos em que o paciente já teve alta ou está inacessível ou por alguma razão não apresenta condições cognitivas de ler ou assinar uma documentação nem seus familiares. Neste caso, duas alternativas serão aceitas: uma carta da comissão de ética do Hospital ou da Instituição na qual o médico atendeu o caso; em casos que não houver esta comissão, uma carta assinada pelo médico responsabilizando-se pela divulgação dos dados e explicitamente demonstrando que está tomando todos os cuidados para tornar o caso não identificável, trocando e omitindo dados que permitam a sua identificação.

- Conferências clínicas: Artigos a convite dos editores nos quais um ou mais especialistas da área debatem um tema de importância clínica para a psiquiatria. O debate será mediado por um ou mais editores ou outros profissionais convidados.

– Resenhas de livros: Revisão breve e crítica de livros recentes de interesse para a área da psiquiatria e que possam dar ao leitor uma visão geral da obra. O texto deve contar até 900 palavras.

Requisitos Técnicos:

a) Arquivo em Word, digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando cada seção em uma nova página, na sequência: página de título, resumo, palavra-chaves (descritores), abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas.

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor aprovando a utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

d) carta assinada por todos os autores afirmando o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado e cedendo o direito de exclusividade à Associação Brasileira de Psiquiatria. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada. Os editores podem solicitar aos autores que justifiquem quando o total de autores excederem a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas. Caso haja, devem ser declaradas na seção de agradecimentos.

e) declaração de conflito de interesse e fonte de financiamento deve ser declarada na seção de agradecimentos. A não existência de conflito de interesse também deve ser declarada.

Termo de Responsabilidade

– Modelo Eu (nós), autor (autores) do trabalho intitulado (colocar o título), o qual submetemos à apreciação da Revista Debates em Psiquiatria declaramos que trata-se de um artigo original que nunca foi publicado ou enviado a outra revista, e cedemos a Associação

Brasileira de Psiquiatria o direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação na forma impressa e online. Data, Assinatura de todos os Autores.

Forma e preparação de manuscritos:

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Estrutura Geral do Manuscrito:

1. Página de Identificação: deve conter: a) título do manuscrito em português e inglês que deverá ser conciso, porém informativo; b) título resumido em português com até 50 caracteres; c) nome completo dos autores numerados e suas afiliações acadêmicas ou institucionais; d) nome, endereço completo, e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; e) identificar o tipo de manuscrito: artigo original, artigo de revisão etc. ; f) citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho assim como conflito de interesse (caso não haja, colocar inexistentes).

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português e inglês com no máximo 250 palavras. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significativos, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do resumo/abstract, especificar os descritores/keywords que definam o assunto do trabalho: três palavras-chaves. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: www.bireme.br, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao DeCS; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos.

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

– Introdução: deve conter sucinta descrição da relevância do tema estudado, o objetivo do estudo e breve revisão da literatura que se relaciona diretamente com o tema em tela. – Métodos: deve descrever o modelo do trabalho, indicando qual o instrumento estatístico utilizado para análise dos resultados e, descrevendo os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados.

– Resultados: deve ser apresentado de forma lógica, sequencial, clara e concisa. As tabelas, figuras e quadros devem guardar relação direta com o texto.

– Discussão: a discussão limitar-se-á aos resultados obtidos, com destaque para a concordância ou discordância com os dados presentes na literatura, ressaltar sua importância e significado destacando as limitações por acaso existentes e, se possível, quais as expectativas futuras que o tema estudado permite.

– Conclusões: apresentadas em um parágrafo com não mais que 10 linhas e limitar-se aos dados obtidos.

4. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

5. Referências: A apresentação deverá estar em conformidade com o estilo estabelecido na página NLM's International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References (alguns exemplos são apresentados a seguir). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo adotado na base de dados MEDLINE(www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals). Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a separação deve ser feita por vírgulas. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento e outros trabalhos não publicados poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé.

6. Tabelas – Cada tabela deve ser enviada em folhas separadas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser auto-explicativas,

dispensando consultas ao texto ou outras tabelas. O título deve vir na parte superior e, abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Explicações complementares às tabelas devem ser apresentadas como notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, etc.

7. Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações etc.) – Devem ser enviadas em folhas separadas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e em formato JPG – Graphics Interchange Format (em alta resolução – mínimo 300 dpi). As legendas devem ser apresentadas, de forma clara, descritas abaixo das figuras. Gráficos, preferencialmente, apresentados na forma de colunas. Verificar como preferem. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas de autorização. Somente serão aceitas ilustrações em preto e branco.

8. Análise estatística – Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

9. Abreviaturas e Siglas – devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

10. Nome do medicamento – Usar o nome genérico

11. Unidades: Valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

12. Aceitamos pedidos de separata após a publicação do artigo