



ARTIGO ORIGINAL

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: PREVALÊNCIA E USO DE PSICOFÁRMACOS EM CRIANÇAS DE UM AMBULATÓRIO NO SUL DE SANTA CATARINA**ATTENTION DEFICIT DISORDER/HYPERACTIVITY: PREVALENCE AND PSYCHOTROPIC DRUGS USE IN CHILDREN IN AN AMBULATORY IN SOUTH SANTA CATARINA**

Mayara Torquato Moreira¹
Thiago Mamôru Sakae²
Carine Raquel Blatt³
Karina Valerim Teixeira Remor⁴

RESUMO

Objetivos: Verificar a prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças atendidas em nível ambulatorial. Estudar a utilização de psicofármacos e a adesão ao tratamento entre as crianças com o transtorno. **Métodos:** Estudo epidemiológico de delineamento transversal baseado na análise de prontuários para caracterizar o perfil das crianças com TDAH e em entrevista com cuidadores das crianças, para avaliar a adesão ao tratamento através do teste de Morisky. O trabalho foi desenvolvido em um ambulatório de uma cidade do sul do Brasil entre os meses de agosto a outubro de 2011. A população foi constituída por crianças atendidas em nível ambulatorial. A amostra foi constituída de todos os prontuários das crianças atendidas no setor de neuropediatria do Ambulatório Materno Infantil (AMI) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Resultados:** De 623 crianças cujos prontuários foram analisados, 127 apresentaram diagnóstico de TDAH. A prevalência encontrada foi de 20,4%. A idade das crianças com TDAH variou de 3 a 16 anos e a maioria era do sexo masculino (79,5%). O fármaco mais utilizado foi o metilfenidato (92,6%). Encontrou-se ainda o uso de antidepressivos, antipsicóticos e antiepiléticos. O transtorno associado ao TDAH mais frequente foi o de aprendizagem (20,6%). Foram entrevistados 24 cuidadores de crianças com TDAH, das quais apenas 25,0% aderem ao tratamento, observando-se uma menor adesão para o sexo masculino ($p=0,043$). **Conclusões:** Encontrou-se uma prevalência de TDAH superior àquelas relatadas na literatura. O grau de adesão ao tratamento encontrado foi considerado baixo e houve predomínio do comportamento não-intencional.

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. Esquema de medicação. Perfil epidemiológico. Psicofarmacologia. Adesão à medicação.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the Attention Deficit Disorder/Hyperactivity (ADHD) prevalence among children on an outpatient care. Study of psychotropic drugs use and compliance in children with ADHD treated at outpatient care. **Methods:** Cross-sectional study based on analysis of medical records to check the children profile with ADHD and in an interview with children's caregivers, to assess compliance through the Morisky test. The study was conducted at a outpatient clinic in a southern

¹ Acadêmica do curso de Farmácia, Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: mayaratorquato@hotmail.com.

² Médico anesthesiologista, Doutor em Ciências Médicas – UFSC, Mestre em Saúde Pública – UFSC, Professor de Epidemiologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: thiagosakae@gmail.com.

³ Professora Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: carine.blatt@gmail.com.

⁴ Professora Doutora em Psicofarmacologia, Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: karina.remor@unisol.br.



Brazil city and time between August and October 2011. The sample consisted of all medical records of children treated in the neuropsychiatric sector at outpatient clinic. Results: Of 623 records, 127 were diagnosed with ADHD. The prevalence was 20.4%. The children's ages ranged from 3 until 16 years and most of them were male (79,5%). The medicines used most frequency was methylphenidate (92,6%). It was also found the use of antidepressants, antipsychotics and antiepileptics. Among the comorbidities with ADHD, the most common was Learning Disorder (20,6%). We interviewed 24 caregivers of children with ADHD, of which only 25,0% were compliance to treatment, and this lower rates was associated with boys ($p=0,043$). Conclusions: We found a high prevalence of ADHD than those reported in the literature. The degree of compliance to treatment was found to be low and there was a predominance of unintentional behavior.

Keywords: Attention Deficit Disorder with/Hyperactivity. Drug administration schedule. Epidemiological profile. Psychopharmacology. Medication adherence.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é o distúrbio neuropsiquiátrico mais comum na infância¹, com prevalência de 5,0% em crianças².

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o TDAH é caracterizado por três grupos de sintomas, cuja predominância define as apresentações da doença: Apresentação combinada, predominantemente desatenta ou predominantemente hiperativa/impulsiva. Para o diagnóstico de TDAH, considerando o critério A do DSM-V, há a necessidade de que seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), são necessários pelo menos cinco sintomas.

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico³, usualmente apoiado em critérios operacionais de sistemas classificatórios como o DSM-V e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), entretanto, é indicada a utilização de recursos instrumentais (entrevistas, testes psicológicos e escalas) para um processo de diagnóstico mais amplo⁴. O principal objetivo de uma avaliação ampla envolve, além do diagnóstico do TDAH, a investigação das condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se delinear um plano de intervenção adequado para tratamento do quadro⁴.

O tratamento proposto para crianças com TDAH é disposto na literatura em três tipos: farmacológico, terapia comportamental e a combinação das terapias farmacológica e comportamental⁵. A classe farmacológica de primeira escolha para o tratamento deste transtorno é a dos psicoestimulantes, tendo como pioneiro o Metilfenidato⁶.



Além do tratamento farmacológico, o tratamento psicoterápico também pode ser indicado, no qual o terapeuta fornecerá informações sobre o transtorno, promovendo alterações ambientais que favoreçam o desenvolvimento da criança. A educação em saúde para crianças, pais e professores sobre o TDAH constitui uma parte fundamental das terapias comportamental e cognitiva⁷.

O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência do TDAH em crianças atendidas em um ambulatório, bem como estudar a utilização de psicofármacos e a adesão ao tratamento nas crianças que apresentam este transtorno.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, baseado em análise documental e entrevistas, que foi desenvolvido no Ambulatório Materno Infantil (AMI) da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) no município de Tubarão – Santa Catarina, nos meses de agosto até outubro de 2011.

A pesquisa foi dividida em dois momentos distintos. Inicialmente, análise dos prontuários de todas as crianças atendidas no ambulatório. Seguida de entrevista com os cuidadores das crianças diagnosticadas com TDAH, conforme descrito a seguir.

ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS.

Foram analisados todos os prontuários médicos das crianças atendidas no setor neuropediátrico do ambulatório até o final do mês de agosto de 2011, com o objetivo de verificar a prevalência do TDAH e coletar dados como sexo, idade, tratamento, início do TDAH, início do acompanhamento médico no ambulatório e comorbidades.

O tempo de diagnóstico de TDAH e tempo de acompanhamento médico foram calculados considerando a data de diagnóstico da doença ou de início do acompanhamento até o mês da coleta de dados.

O diagnóstico do TDAH foi definido nos prontuários pelo neuropediatra e pelo psicólogo, tendo como auxílio os professores da criança.

ENTREVISTA COM CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TDAH.

Para o cálculo da amostra considerou-se uma prevalência de adesão de 50,0%, precisão absoluta igual a 20,0 e nível de significância de 5,0%, obtendo-se uma amostra de 24 cuidadores a serem entrevistados. Os cuidadores foram selecionados nos dias das consultas das crianças por ordem de chegada.



Nas entrevistas, foram coletados dados referentes à ocorrência de tratamento não medicamentoso e medicamentoso e a adesão ao tratamento medicamentoso a partir de uma adaptação do teste de Morisky⁹.

O teste utilizado para avaliar a adesão ao tratamento baseia-se em quatro perguntas que buscam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. Classifica-se como paciente de alto grau de adesão; aquele que obtiver todas as respostas negativas. Porém, se pelo menos uma resposta for afirmativa, classifica-se como paciente com baixo grau de adesão. Esta avaliação permite ainda discriminar o comportamento como de baixo grau de adesão do tipo intencional ou não intencional sendo, também, possível caracterizar pacientes portadores de ambos os tipos de comportamento de baixa adesão¹⁰.

Adotou-se como critério de exclusão os cuidadores que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados obtidos foram compilados em um banco de dados no programa EpiData 3.0 e analisados estatisticamente no programa EpiInfo 6.0. As variáveis nominais foram apresentadas em números absolutos e percentuais e as variáveis numéricas foram apresentadas em medidas de tendência central, de dispersão e de amplitude de variação. Para a análise dos dados foi utilizado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas, sob número 11.247.4.03.III e apresentou-se de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), que regulamenta as diretrizes e normas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS.

No mês de agosto de 2011, 623 crianças estavam cadastradas no Ambulatório Materno Infantil, observando-se o diagnóstico de TDAH c em 127 (20,4%) crianças.

Destas 127 crianças, 101 eram do sexo masculino (79,5%). A idade variou de 3 a 16 anos, tendo como média um valor de 9,2 anos.

O tempo médio de diagnóstico da doença foi de 16,03 meses, sendo que em três prontuários não foi possível identificar a data do diagnóstico.

O tempo médio de acompanhamento foi de 28,56 meses. Dois prontuários não continham esta informação.



A presença de problemas de saúde associados ao TDAH não foram relatados em 81 prontuários. Naqueles que apresentaram algum problema de saúde (n=46), foram identificados 63 diagnósticos. Estes podem ser visualizados na Tabela 1.

A utilização de medicamentos estava relatada em 108 prontuários, sendo identificados o uso de apenas um medicamento (70,4%) ou dois ou três medicamentos (29,6%). O fármaco com maior frequência foi o Metilfenidato (92,6%). Os demais pacientes faziam uso de outras medicações, classificadas como: antidepressivos (Imipramina e Fluoxetina), antipsicóticos (Risperidona) e antiepiléticos (Ácido Valproico e Carbamazepina).

Das 108 crianças, 69 (63,9 %) utilizavam apenas o Metilfenidato, três (2,8%) somente a Imipramina e quatro (4,6%) a Risperidona. Foram encontrados também, medicamentos utilizados concomitantemente (Tabela 2).

ENTREVISTAS COM OS CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TDAH.

Foram entrevistados 24 cuidadores. Todos afirmaram que as crianças utilizavam medicamento para o transtorno, tais como: Metilfenidato, Imipramina, Risperidona, Fluoxetina, Clonazepam e Ácido Valpróico.

Das 24 crianças, 11 (45,8%) utilizavam apenas Metilfenidato e duas (8,3%) apenas a Imipramina. Foram encontradas as seguintes associações: Metilfenidato e Risperidona (n=03); Metilfenidato com Imipramina (n=05); Metilfenidato com Risperidona, Clonazepam e Ácido Valpróico (n=01); Risperidona e Imipramina (n=01) e Risperidona e Fluoxetina (n=01).

O tratamento não medicamentoso foi referido por 50% dos cuidadores, como o acompanhamento psicológico (100%) e o reforço escolar (8,3%).

Em relação à interrupção do tratamento nos finais de semana e nas férias escolares, cinco (20,8%) referem interromper o uso da medicação nestes períodos. Entretanto, a maioria das crianças fizeram uso da medicação continuamente (79,2%).

Quanto à melhora do comportamento da criança com o tratamento medicamentoso, foi perguntado aos cuidadores se a criança apresentou melhora em aspectos como o desempenho escolar, a autoestima, o relacionamento familiar e o relacionamento social. Dois dos entrevistados responderam que a criança não mudou seu comportamento, mas todos os outros referiram melhora e destacaram um aspecto: desempenho escolar (83,3%), relacionamento familiar (70,8%), autoestima (50,0%) e relacionamento social (33,3%).

Quanto aos efeitos adversos do tratamento medicamentoso no início do tratamento, oito (33,3%) crianças apresentaram efeitos indesejados, sendo que cinco (62,5%) utilizavam o metilfenidato em associação; duas (25,0%) utilizavam apenas metilfenidato e uma (12,5%) utilizava



outro medicamento. Os efeitos relatados pelos cuidadores foram: perda do apetite, tontura, enjoo, dor muscular, dor no estômago, sonolência, cefaleia e ganho de peso.

A adesão referida ao tratamento medicamentoso está descrita na Tabela 3. Pode-se observar que 25,0% das crianças apresentou comportamento indicativo de alto grau de adesão e que o comportamento predominante das crianças com baixo grau de adesão foi do tipo não intencional. Observa-se ainda, diferença estatisticamente significativa ($p=0,043$) na adesão relacionada ao gênero. Não foi encontrada correlação da adesão com idade e uso do metilfenidato isolado ou em associação.

DISCUSSÃO

No presente estudo, encontrou-se uma prevalência de 20,4% de crianças com TDAH. Dados descritos na literatura revelam valores de 5,0%². Outros estudos constataram uma prevalência de 17,1% e 13,0%, respectivamente¹¹⁻¹².

A prevalência pode ser variar de acordo com os critérios utilizados e o tipo de amostra estudada. No estudo realizado, o diagnóstico foi feito seguindo os critérios do DSM-IV¹³ e confirmado através de um intercâmbio multidisciplinar. A alta prevalência encontrada pode ser justificada ainda, devido ao ambulatório estudado ser um serviço que atenda em geral crianças e pelo fato de que os prontuários analisados fazerem parte do setor em que as crianças com TDAH são tratadas.

Neste trabalho, a idade das crianças com TDAH variou de 3-16 anos, tendo como média, 9,2 anos. Alguns estudos semelhantes realizados em crianças escolares apresentam médias próximas ao valor encontrado, como 9,5 anos¹², 9,4 anos¹¹ e 9,2 anos¹⁴. Um estudo anterior destacou que a idade pode influenciar na prevalência de TDAH, pois a frequência de prevalência deste transtorno ocorre entre 7-8 anos e depois há um declínio conforme a idade¹⁵.

A pesquisa revelou que 79,5% das crianças são do sexo masculino. Estes dados corroboram os resultados de outros autores¹¹⁻¹² que mostraram predomínio do TDAH no sexo masculino com proporção de 1,9:1 e 2:1 respectivamente.

Quanto às comorbidades citadas, os transtornos que afetam o sistema nervoso central são os mais frequentes: Transtorno de Aprendizagem ($n=13$), Transtorno de Conduta ($n=08$) e Retardo Mental Leve ($n=06$). O DSM-IV relata uma alta taxa de comorbidade do TDAH, que ocorre principalmente com Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador Opositivo². A literatura mostra alta comorbidade entre o TDAH e o Transtorno de Aprendizagem¹⁵, e outros autores¹⁷⁻¹⁸ relatam altos índices de comorbidade com o Transtorno de Conduta e com o Retardo Mental Leve¹⁹.

A classe farmacológica de primeira escolha para o tratamento de TDAH é a dos psicoestimulantes, sendo que o mais utilizado é o Metilfenidato²⁰. Outras classes também utilizadas



são os antidepressivos, agonistas de receptores do tipo A2 e agonista de noradrenalina⁶. O uso de antidepressivos é eficaz quando os psicoestimulantes não apresentam segurança e eficácia²⁰. No entanto, deve-se ter cautela com seu uso, devido aos efeitos colaterais que podem resultar²⁰. No presente estudo, além da utilização do metilfenidato, pode-se observar também o uso de antidepressivos, de antipsicóticos e antiepiléticos.

A utilização de antipsicóticos e antiepiléticos para o tratamento de TDAH não foi encontrada na literatura, somente relacionado à presença de outros transtornos associados como transtorno de ansiedade, transtorno de humor e retardo mental moderado²¹⁻²².

As entrevistas com os cuidadores das crianças com TDAH permitiram incluir neste estudo algumas informações adicionais, tais como: a “ocorrência de tratamento não-farmacológico”, “estudo sobre a utilização de medicamentos” e a “adesão ao tratamento”. A psicoterapia apareceu como o tratamento não-farmacológico mais citado. A literatura mostra que além do tratamento medicamentoso, são propostas ainda a terapia comportamental e a combinação das terapias farmacológica e comportamental⁵. Esta combinação vem se mostrando útil ao trabalhar com o contexto social da criança e contar com a intervenção psicológica realizada no campo das relações do organismo com o ambiente⁵.

Quanto a adesão ao tratamento medicamentoso, estudos afirmam que a medicação normalmente é utilizada nos períodos escolares, podendo ser usualmente suspensa aos finais de semana e férias para amenizar os efeitos colaterais de curto e longo prazo²⁴. Entre os efeitos causados observa-se a redução de apetite, ansiedade, insônia, irritabilidade, dores abdominais e cefaleia²⁴.

Nos resultados referentes à adesão ao tratamento, este estudo observou que uma parcela de 25,0% apresentou comportamento indicativo de alto grau de adesão. Em relação à baixa adesão do paciente, observou-se que o comportamento predominante foi do tipo não intencional, ou seja, quando ocorre esquecimento ou descuido com o horário de administração do medicamento. A literatura relata uma média de não-adesão de 50,0% para doenças crônicas em países de 3º mundo²⁵.

Na análise dos possíveis fatores relacionados com a adesão ao tratamento observou-se uma diferença estatisticamente significativa relacionada ao gênero das crianças, indicando uma menor adesão para o sexo masculino ($p=0,043$).

Comparando as faixas de idade, há uma tendência à maior adesão ($p=0,059$) entre as crianças com idade menor. Isto pode ser explicado pelo fato de que, com o aumento da idade, a criança tende a tomar para si mais responsabilidades, como a administração do medicamento. No entanto, muitas vezes a criança não o faz de maneira adequada.

No presente trabalho, observa-se ainda que o grau de adesão ao tratamento é maior entre os pacientes que utilizam apenas o metilfenidato para o TDAH. Alguns fatores que contribuem para a



não-adesão são descritos na literatura, como o tratamento dos casos de comorbidade, que por ser mais trabalhoso, pode não ter uma resposta tão boa ao tratamento²⁶. Outro fator é a exigência da notificação de receita A para aquisição do metilfenidato, a qual pode criar preconceitos em relação à condição dos pacientes²⁷. Isso faz com que a adesão ao tratamento se torne mais difícil, pois, além de toda burocracia para se adquirir o medicamento, há também o medo por parte dos familiares e do paciente de estar tomando tal medicação²⁷.

A adesão ao tratamento está sujeita à influência de múltiplos fatores relacionados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica e ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde²⁸.

Uma alternativa interessante para melhorar a adesão ao tratamento é associar uma abordagem psicoeducacional com os pais, os pacientes e a escola, visto que as informações de qualidade melhoram a atitude positiva dos pais em relação aos filhos e o suporte social da criança²⁹. Outras medidas a serem adotadas é a atuação do paciente de maneira ativa no seu próprio cuidado e uma boa comunicação com o profissional de saúde²⁸.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o presente estudo mostrou que a prevalência de TDAH na amostra estudada é superior àquelas encontradas. Observou-se, ainda, que a frequência do transtorno no sexo masculino e a média de idade acometida foram semelhantes aos dados já existentes.

O fato de a busca pelo atendimento ambulatorial ser feita antes do diagnóstico confirmado, reforça a pré-existência de sinais e sintomas de um transtorno neuropsiquiátrico. A partir disso, considera-se importante que sejam adotadas medidas eficazes para um diagnóstico precoce e um tratamento específico, visando melhorar o prognóstico das crianças com TDAH.

Frente aos resultados obtidos, conclui-se, também, que em crianças com TDAH atendidas em ambulatório, a adesão ao tratamento farmacológico é baixa, havendo predomínio do comportamento não-intencional (esquecimento ou descuido com o horário). Estes resultados alertam para uma realidade preocupante que, no entanto, pode ser modificada com medidas educativas em saúde, a fim de aumentar o grau de adesão ao tratamento.

A ausência de questionamento sobre a pessoa responsável pela administração do medicamento (a própria criança ou o cuidador) limita o estudo, pois nos casos em que a criança toma o medicamento sozinho pode haver menor adesão ao tratamento.



REFERÊNCIAS

1. Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Blondis TA, Feldman HM, Meyer BP, *et al.* Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-70.
2. Associação Psiquiátrica Americana. DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Araújo APQC. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78: 104-10.
4. Calegari, M. Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In: Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
5. Swanson J, Deutsch C, Cantwell D, Posner M, Kennedy JL, Barr CL, *et al.* Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neuroscience Research* 2001; 1: 207-16.
6. Segenreich D, Mattos P. Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH. Uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *Rev. Psiq. Clín* 2004; 31: 117-23.
7. Santos LF, Vasconcelos LA. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2010; 26: 717-24.
8. Brasil HHA. Princípios gerais do emprego de Psicofármacos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22: 40-1.
9. Morisky DE, Green W, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24: 67-74.
10. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Barkun A, Bitton A, Wild GE, Cohen A, *et al.* Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98: 1535-44.
11. Vasconcelos MM, Werner J, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos ISO, Barbosa JB. Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade numa Escola Pública Primária. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61: 67-73.
12. Fontana RS, Vasconcelos MM, Werner J, Góes FV, Liberal EF. Prevalência de TDAH em Quatro Escolas Públicas Brasileiras. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65: 134-7.
13. Associação Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
14. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. In: Stubbe D. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9: 541-55.
15. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, James SF, Leckman MD, Zhang H, *et al.* Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 976-84.
16. Vera CFD, Conde GES, Wajnsztein R, Nemr K. Transtornos de Aprendizagem e Presença de Respiração Oral em Indivíduos com Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). *Rev CEFAC* 2006; 8: 441-55.
17. Possa MA, Spanemberg L, Guardiola A. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças Escolares. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63: 479-83.
18. Souza I, Serra MA, Mattos P, Franco VA. Comorbidade em Crianças e Adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção: Resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59: 401-6.
19. Voigt RG, Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Katusic SK. Developmental dissociation, deviance, and delay: occurrence of attention-deficit-hyperactivity disorder in individuals with and without borderline-to-mild intellectual disability. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2006; 48: 831-5.



20. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 3-9.
21. Correia Filho AG, Bodanese R, Silva TL, Alvares JP, Aman M, Rohde LA. Comparisons of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescents with moderate mental retardation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005; 44: 748-55.
22. Suárez AD, Quintana AF, Esperón CS. Transtorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 35-55.
23. Wilens TE, Spencer TJ. The Stimulants revisited. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000; 9: 573-603
24. Wilens TAM, Pelham WB, Stein MC, Conners CKD, Abikoff HE, Atkins, MF, et al. ADHD treatment with once-daily OROS methylphenidate Interim 12-month results from a long-term open-label study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 424-33
25. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine* 2005; 353: 487-97.
26. Sanches RF, Assunção S, Hetem LAB. Impacto da Comorbidade no Diagnóstico e Tratamento do Transtorno Bipolar. *Rev Psiq Clín* 2005; 32: 71-7.
27. Carlini EA, Nappo AS, Nogueira V, Naylor FGM. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Rev Psiq Clín* 2003; 1: 11-20.
28. WHO. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action. Genebra, 2003; 27-38.
29. Pavuluri MN, Naylor MW, Janicak PG. Recognition and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *Contemporary Psychiatry* 2002; 1: 1-10.



TABELAS

Tabela 1 – Tipo e Frequência de comorbidade em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do Ambulatório Materno Infantil da UNISUL

Comorbidades	n (%)
Transtorno de Aprendizagem	13 (20,6)
Transtorno de Conduta	8 (12,7)
Retardo Mental Leve	6 (9,5)
Distúrbio de Linguagem/Fala	4 (6,4)
Transtornos Ansiosos	3 (4,8)
Epilepsia	3 (4,8)
Transtornos de Humor	2 (3,2)
Distúrbios do Sistema Digestivo	2 (3,2)
Autismo	1 (1,6)
Distúrbios do Sistema Cardiovascular	1 (1,6)
Distúrbios do Sistema Respiratório	1 (1,6)
Outros	19 (30,2)



Tabela 2 – Tipo e frequência dos tratamentos medicamentosos utilizados em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do Ambulatório Materno Infantil da UNISUL

Medicamentos	Pacientes n (%)
Metilfenidato isolado	69 (63,9)
Metilfenidato/Antidepressivos	18 (16,7)
Metilfenidato/Antipsicóticos	8 (7,4)
Metilfenidato/Antiepilépticos	2 (1,9)
Outros	11 (10,2)

Tabela 3 – Associação entre sexo, idade e medicamentos com adesão ao tratamento farmacológico

Variáveis	n total (%)	Adesão ao tratamento n (%)	<i>p</i> *
Sexo			0,043*
Feminino	7 (29,2)	4 (16,7)	
Masculino	17 (70,8)	2 (8,3)*	
Idade			0,059
5 – 9	11 (45,8)	5 (20,8)	
10 – 15	13 (54,2)	1 (4,2)	
Medicamentos			0,294
Metilfenidato	11 (45,8)	4 (16,7)	
Metilfenidato x Associação	9 (37,5)	1 (4,2)	
Outros	4 (16,7)	1 (4,2)	

*Significância, $p < 0,05$.