



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Contributo para o estudo de depressão, ansiedade e stresse em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

**Susana Margarida Vilar dos Santos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientadora: Mestre Paula Cristina Correia  
Coorientadora: Professora Doutora Sara Nunes

**Covilhã, abril de 2013**



## Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, a todos os meus familiares e amigos, que foram, em todo o meu percurso, o maior pilar. Não posso deixar de referir os meus pais, irmãos e cunhada que, sem dúvida, me ajudaram a crescer como pessoa e como profissional. Ao meu afilhado, por todos os sorrisos que espoletou em mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Ao Roberto, pelo apoio na organização deste trabalho e à Ritinha pela disponibilidade e ajuda prestada, apesar da distância.

Agradecer em especial à Dra. Paula Cristina, mestre em psiquiatria, pela aceitação de colaborar neste trabalho, pela motivação e confiança que me transmitiu no decorrer desta dissertação. À doutora Sara Nunes, doutorada em estatística, um muito obrigada pela prontidão e por toda a cooperação indispensável na elaboração desta tese.

Quero agradecer a todos os pediatras do serviço de Pediatria do CHCB, pelo apoio na recolha dos dados essenciais à minha tese.

Agradeço a todos os voluntários que aceitaram participar neste trabalho, sem os quais não se teria concretizado.

Agradeço também a todos os administrativos e funcionários do CHCB, pela prontidão em facultar-me as ferramentas necessárias ao meu trabalho.

Por fim, mas não menos importante, um sincero agradecimento a toda a Universidade da Beira Interior, em especial à Faculdade de Ciências da Saúde, enquanto instituição, que me apoiou e me deu o conhecimento e a formação necessárias para a concretização do meu Mestrado Integrado em Medicina.

# Resumo

**Introdução:** A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma condição representada pela tríade de défice de atenção, hiperatividade e impulsividade. Estas características nucleares afetam nefastamente o desempenho académico, os relacionamentos familiar e social e o ajustamento psicossocial. Além dos sintomas básicos da perturbação, em mais de 50% existe comorbilidade com perturbação da aprendizagem, perturbação de humor, perturbação de ansiedade, abuso de substâncias e de álcool, estando, portanto, associado a um pior prognóstico. Este trabalho de investigação pretende contribuir para o estudo da depressão, ansiedade e stresse em crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

**Materiais e Métodos:** Estudo transversal onde foi feita a avaliação clínica de um grupo de 30 crianças hiperativas com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, selecionadas de forma não probabilística, seguidas nas consultas de Desenvolvimento e Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Cova da Beira. A avaliação das crianças incluiu o preenchimento de dados sociodemográficos e a aplicação da versão portuguesa da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças*, de 21 itens. Este grupo foi comparado com um grupo de controlo composto por 30 crianças, selecionado da consulta de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira. O processamento e a análise dos dados foram efetuados com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* versão 20.0, através de testes paramétricos e não paramétricos.

**Resultados:** A mediana de idades, no grupo com perturbação, foi de 10 anos, e de 12 anos, no grupo de controlo. Os níveis de depressão e stresse são mais elevados no grupo clínico. A ocorrência de pelo menos um *life event* no último ano predispõe para níveis de depressão, ansiedade e stresse superiores. A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é mais prevalente no género masculino. Esta perturbação está associada a maior fracasso académico. As crianças do grupo clínico têm antecedentes familiares de doença psiquiátrica.

**Conclusão:** A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é de origem multifatorial e está associada a vários fatores agravantes. As comorbilidades depressão e stresse mostraram níveis superiores no grupo clínico relativamente ao grupo de controlo. Os níveis de depressão, ansiedade e stresse foram superiores em crianças que relataram pelo menos um *life event* no último ano.

Este estudo constitui um incentivo para investigações futuras, na medida em que se considera importante alertar os profissionais de saúde para estas comorbilidades associadas à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

# Palavras-chave

Crianças, Hiperatividade, Depressão, Ansiedade, Stresse

# Abstract

**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a condition characterized by the triad of inattention, hyperactivity and impulsivity. These nuclear characteristics affect ominously academic performance, parent-child relationships and social and psychosocial adjustment. Besides the basic symptoms of the disorder, more than 50% have comorbidity with learning difficulties, mood disorder, anxiety disorder, substance abuse and alcohol and is therefore associated with a worse prognosis. This research aims to contribute to the study of depression, anxiety and stress in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

**Materials and Methods:** Cross-sectional study where clinical assessment was made to a group of 30 hyperactive children aged between 8 and 15 years, selected in a non-probabilistic way, followed in Paediatric Outpatient Unit and in Child Psychiatry Service of the Centro Hospitalar Cova da Beira. The assessment of children included filling out demographic data and application of the Portuguese version of the Depression, Anxiety and Stress Scales for Children of 21 items. This group was compared with a control group composed of 30 children, selected at Paediatrics consultations of the Centro Hospitalar Cova da Beira. The processing and data analysis were performed using the statistical software Statistical Package for Social Science version 20.0 through parametric and non-parametric tests.

**Results:** Median age in clinical group was 10 years and 12 years in the control group. Depression and stress levels are higher in the clinical group. The occurrence of at least one life event in the last year obtains high scores of depression, anxiety and stress. The Attention Deficit Hyperactivity Disorder is more prevalent in males. The disorder is associated with greater academic failure. Children in the clinical group have a family history of psychiatric illness.

**Conclusion:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder may be due to multifactorial causes and may be associated with several aggravating factors. Depression and stress revealed higher levels in the clinical group compared to the control group. Levels of depression, anxiety and stress were higher in children who reported at least one life event in the last year. This study provides an incentive for future research and it is considered important to alert health professionals to these comorbidities associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

# Keywords

Children, Hyperactivity, Depression, Anxiety, Stress

# Índice

1.	Introdução .....	1
1.1	Objetivos .....	2
1.1.1	Objetivos específicos .....	2
1.2	Hipóteses.....	2
2.	Materiais e Métodos .....	3
2.1	Tipo de estudo .....	3
2.2	Participantes .....	3
2.3	Autorizações e apresentação do estudo .....	3
2.4	Recolha dos dados.....	4
2.5	Instrumentos utilizados.....	4
2.5.1	Questionário sociodemográfico e clínico .....	4
2.5.2	<i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças</i> .....	4
2.6	Análise estatística .....	6
3.	Resultados.....	8
3.1	População estudada .....	8
3.2	Caracterização sociodemográfica da população estudada .....	9
3.3	Resultados da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças .....	15
4.	Discussão .....	20
4.1	Resultados .....	20
4.2	Limitações do estudo .....	22
4.3	Pontos fortes do estudo .....	23
5.	Conclusões e perspetivas futuras .....	24
6.	Referências bibliográficas.....	25
7.	Anexos .....	29

# Lista de Figuras

Ilustração 1: Diagrama do processo de seleção dos participantes do estudo. ....8

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Categorias correspondentes a cada subescala.....	6
Tabela 2: Caracterização do agregado familiar da população. ....	9
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da população. ....	10
Tabela 4: Análise <i>dos life event's</i> no último ano nos grupos com PHDA e de controlo.....	12
Tabela 5: Acompanhamento da criança à consulta. ....	15
Tabela 6: As médias, o número máximo e mínimo de respostas e os desvios padrão para cada uma das três subescalas da EADS. ....	15
Tabela 7: Estatística sumária para EADS. ....	16
Tabela 8: Média e Desvio Padrão das três subescalas por género.. ....	16
Tabela 9: Níveis de DAS consoante a constituição do agregado familiar e a ocorrência de <i>life event</i> no último ano. ....	17
Tabela 10: Comparação dos níveis de DAS entre o grupo com PHDA e o grupo de controlo...	19

## Lista de Gráficos

Gráfico 1: Taxa de reprovação comparando o grupo controlo e o grupo com PHDA. ....	11
Gráfico 2: <i>Life event</i> no último ano comparando o grupo controlo e o grupo com PHDA. ....	12
Gráfico 3: Antecedentes pessoais comparando o grupo com PHDA e o grupo de controlo. ...	13
Gráfico 4: Antecedentes familiares comparando o grupo com PHDA e o grupo de controlo. .	14
Gráfico 5: Boxplots representando a distribuição da depressão nos grupos de controlo e com PHDA. ....	17
Gráfico 6: Boxplots representando a distribuição da ansiedade nos grupos de controlo e com PHDA. ....	18
Gráfico 7: Boxplots representando a distribuição do stresse nos grupos de controlo e com PHDA. ....	18

## Lista de Acrónimos

CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
DAS	Depressão, Ansiedade e Stresse
DASS	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>
DPSM	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
DSCM	Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition</i>
EADS-C-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse - Crianças - de 21 itens
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

# 1. Introdução

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações neurocomportamentais mais estudadas na atualidade e, apesar de tudo, uma das mais controversas (1). A PHDA é uma condição caracterizada por diferentes níveis de défice de atenção, hiperatividade e impulsividade de acordo com o DSM-IV que se evidenciam durante mais de seis meses e em pelo menos dois contextos diferentes (casa, escola, socialmente) e interferem no funcionamento da criança (2, 3).

Esta perturbação é considerada uma das desordens psiquiátricas mais comuns na infância, estimando-se que a prevalência mundial ronde 5,3% das crianças em idade escolar, sendo o género masculino três a quatro vezes mais afetado (2, 4). Segundo dados recentes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), tem vindo a registar-se um aumento significativo na sua taxa de prevalência durante a última década (2). Torna-se, assim, uma das principais causas de procura de consulta em saúde mental de crianças e adolescentes (5).

Além dos sintomas básicos da perturbação, estima-se que um terço destas crianças tenha uma ou mais comorbilidades, tais como perturbação da aprendizagem, perturbação do humor, perturbação de ansiedade, abuso de substâncias e de álcool, que agravam o prognóstico (4, 6).

O final da infância e a adolescência são períodos caracterizados por mudanças físicas, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social, em que as crianças e os adolescentes experimentam diferentes níveis de stresse face às mudanças e desafios inerentes a este período da vida (7). Alguns autores referem que as crianças e adolescentes que não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável podem apresentar diferentes perturbações (ansiosas e/ou depressivas), que podem influenciar de modo adverso o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, social e académico. Este fator agrava o panorama induzido pela doença PHDA (8, 9).

O interesse científico pelos quadros depressivos em crianças e adolescentes é bastante recente, tendo sido reconhecido apenas na década de 70. Estima-se que a conduta depressiva atinja cerca de 4% da população infantil, sendo a coexistência de PHDA e do quadro depressivo de cerca de 18% (6, 9).

Para a maioria das crianças e adolescentes, a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam de acordo com o estágio de desenvolvimento. No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade e tornar-se, muitas

vezes, crónica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento socio-emocional (10). A existência desta comorbilidade associada à PHDA tem sido estimada em cerca de 34% (3, 11).

O stresse é uma resposta às necessidades físicas ou psicológicas. Os *stressores* fazem parte da infância e são suscetíveis de ameaçar o bem-estar (12).

Em geral, as crianças e os adolescentes depressivos e ansiosos podem apresentar humor depressivo ou irritável, alterações do sono (frequentemente hipersónia em crianças) ou do apetite, diminuição de interesses, sentimento de culpa ou inutilidade, diminuição da autoestima, apatia, tristeza, medo exagerado de insucesso, náuseas, palidez, aumento do ritmo cardíaco e da sudação, tremores e queixas somáticas (13-15).

## 1.1 Objetivos

Este trabalho de investigação foi desenvolvido no Serviço de Pedopsiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM-CHCB) e no serviço de Pediatria do Departamento de Saúde de Criança e da Mulher (DSCM-CHCB), no âmbito da dissertação do Mestrado Integrado em Medicina. Esta dissertação pretende contribuir para o estudo de depressão, ansiedade e stresse em crianças com PHDA na faixa etária 8-15 anos, através da aplicação de um breve questionário e da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças* de 21 itens (EADS-C-21).

### 1.1.1 Objetivos específicos

Como objetivos específicos pretende-se:

- ❖ Definir a população em estudo;
- ❖ Caracterizar demograficamente as crianças envolvidas no estudo;
- ❖ Estudar a depressão, a ansiedade e o stresse na população alvo.

## 1.2 Hipóteses

Formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: As comorbilidades depressão, ansiedade e stresse mostram níveis superiores no grupo PHDA versus o grupo de controlo.

H2: As crianças que sofreram um *life event* no último ano têm maior probabilidade de sofrer de depressão, ansiedade e stresse.

H3: A PHDA é mais prevalente no sexo masculino.

H4: As crianças com PHDA são, a nível escolar, social e familiar, mais fracassadas comparativamente com o grupo controlo.

H5: Existe história familiar de doença psiquiátrica em crianças com PHDA.

## 2. Materiais e Métodos

### 2.1 Tipo de estudo

Foi feito um estudo transversal e do tipo caso-controlo. Foram avaliadas algumas variáveis e estabelecidas algumas relações inferenciais entre as mesmas.

### 2.2 Participantes

Nesta investigação, constaram dois grupos de crianças e adolescentes entre os 8 e os 15 anos. O método de amostragem utilizado foi não probabilístico, uma vez que os participantes foram incluídos no estudo em função do cumprimento de critérios de inclusão e de exclusão pré-definidos.

O grupo de estudo, que inclui 30 crianças com PHDA, foi selecionado de acordo com o diagnóstico definitivo de PHDA. Deste grupo, fizeram parte 23 meninos e 7 meninas, diagnosticados pelos clínicos assistentes nas consultas de Desenvolvimento e Pedopsiquiatria do CHCB, considerando a idade compreendida no intervalo pretendido.

O grupo controlo, também composto por 30 crianças, neste caso 12 meninos e 18 meninas sem PHDA, sem atraso mental e sem outra patologia conhecido do foro pedopsiquiátrico ou do neurodesenvolvimento, foi selecionado da consulta de Pediatria do CHCB.

A totalidade dos grupos - 60 crianças e adolescentes - constituiu uma amostra de conveniência não aleatória. Não obstante, considerou-se a amostra obtida como representativa da população em estudo.

### 2.3 Autorizações e apresentação do estudo

Os trabalhos desta dissertação foram realizados de acordo com os princípios da declaração de Helsínquia.

A realização do estudo foi aprovada a 17 de maio de 2012, pela Comissão de Ética do CHCB, com parecer favorável do Núcleo de Investigação do CHCB (ANEXO I).

A utilização da EADS-C foi concebida por João P. Maroco e Isabel M. Leal, nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2012, respetivamente. A manipulação da *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)* foi autorizada por Peter Lovibond, em 13 de fevereiro de 2012.

Todas as crianças e seus representantes legais foram informados do propósito das questões, esclarecidos, e foi-lhes garantida total confidencialidade e anonimato. A todos os representantes legais que aceitaram participar no estudo foi entregue um documento informativo da investigação em curso e obtido, por escrito, o consentimento informado dos mesmos (ANEXO II).

Este estudo não é financiado, nem o seu autor apresenta conflitos de interesses.

## **2.4 Recolha dos dados**

Durante o período de 6 de junho a 18 de outubro de 2012, procedeu-se à recolha dos dados nas Consultas de Pediatria, Desenvolvimento e Pedopsiquiatria do CHCB. A recolha dos dados foi realizada todas as segundas e terças feiras, de tarde, excluindo o período de 1 de agosto a 1 de setembro, por adequação à disponibilidade do investigador.

Os representantes e as crianças de ambos os grupos responderam a um questionário que continha dados sociodemográficos, tendo sido caracterizada socialmente a família. Às 60 crianças foi aplicada, individualmente, em contexto clínico, a EADS-C, depois de serem esclarecidas as dúvidas, de modo a facilitar a interpretação por este grupo etário. Esta escala é prática e de aplicação rápida em crianças e adolescentes, sendo o tempo de aplicação de 5 a 8 minutos.

## **2.5 Instrumentos utilizados**

### **2.5.1 Questionário sociodemográfico e clínico**

A recolha dos dados sociodemográficos foi feita através de um questionário com perguntas fechadas, relativas aos parâmetros: nome, idade e profissão de ambos os pais; nome, idade e ano de escolaridade da criança, com averiguação de alguma reprovção; *life-event* no último ano; antecedentes pessoais e familiares e ainda medicação atual e outra já realizada pela criança (ANEXO III).

### **2.5.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (EADS-C-21)**

A avaliação do estado emocional durante a última semana foi feita através da EADS-C-21 (ANEXO IV). A EADS é a versão portuguesa da *DASS*, de Lovibond e Lovibond (1995) adaptada por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Esta escala foi concebida por Lovibond e Lovibond, tendo por base o modelo tripartido de Clarck e Watson, com o objetivo de discriminar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão. Esta escala, teoricamente, propõe-se cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, a partir dos quais surgiu um novo fator denominado “Stresse”, a que correspondiam os itens - dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação (16).

Conceptualmente, a EADS-C é a mesma escala aplicada aos adultos, no entanto, reformulada para ser compreensível para os participantes mais novos, de modo a que a validade do conteúdo de cada item se mantivesse. As diferenças consistem na inclusão, em alguns itens, de um exemplo que ajuda a esclarecer o sentido da frase que constitui o item (16).

A EADS-C é constituída por 21 itens que se distribuem por três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stresse, incluindo cada uma delas sete itens. Segundo Lovibond e Lovibond, as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e, posteriormente, foram refinados em termos empíricos, nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial.

Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente:

- Depressão - Disforia (um item); Desânimo, (um item); Desvalorização da vida (um item); Autodepreciação (um item); Falta de interesse ou de envolvimento (um item); Anedonia (um item); Inércia (um item). Estes conceitos encontram-se nos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21.
- Ansiedade - Excitação do Sistema Autónomo (três itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (um item); Ansiedade Situacional (um item); Experiências Subjetivas de Ansiedade (dois itens). Estes itens estão expressos nos números 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 da EADS.
- Stresse - Dificuldade em Relaxar (dois itens); Excitação Nervosa (um item); Facilmente Agitado/Chateado (um item); Irritável/Reação Exagerada (dois itens); Impaciência (um item) (17). Os conceitos relacionados com o stresse correspondem aos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Esta escala consiste num questionário de autoavaliação, onde os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: (classificada de 0 a 3), correspondendo o 0 a “não se aplicou nada a mim”; o 1 a “aplicou-se a mim algumas vezes”; o 2 a “aplicou-se a mim muitas vezes”; e o 3 a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (17).

Os resultados de cada subescala (Depressão, Ansiedade e Stresse) são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece assim três notas, uma por cada subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos. Os 21 itens da EADS foram selecionados de modo a que o resultado possa ser convertido nas notas da escala completa de 42 itens, multiplicando cada nota por dois (17).

Cada subescala foi inserida nas cinco categorias correspondentes (normal, leve, moderada, severa e extremamente grave), criadas por Lovibond e Lovibond (1995), com os seguintes parâmetros:

Tabela 1: Categorias correspondentes a cada subescala. [Fonte: Lovibond, 1995 (18)]

	Normal	Leve	Moderada	Severa	Extremamente grave
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	>28
Ansiedade	0-7	8-9	10-14	15-19	>20
Stresse	0-14	15-18	19-25	26-33	>34

## 2.6 Análise estatística

O processamento e a análise dos dados foram efetuados com recurso ao *software* estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0.

Em toda a análise estatística, foi considerado um nível de significância de 0,05, ou seja, admite-se uma probabilidade de erro de 5%.

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram descritas utilizando a média ou a mediana, desvio-padrão e valores mínimos e máximos.

Todas as variáveis quantitativas foram submetidas ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para testar a normalidade, tendo a opção da utilização de testes paramétricos (distribuições normais) ou não paramétricos (distribuições não normais) sido efetuada em conformidade. No caso das variáveis quantitativas, é possível aplicar quer métodos paramétricos quer métodos não-paramétricos, sendo privilegiada a aplicação de métodos paramétricos sempre que os pressupostos de normalidade da distribuição ou dimensão amostral se verifiquem.

Na comparação das amostras em tendência central dos dois grupos independentes (PHDA vs. controlos) relativos a variáveis quantitativas, foi utilizado o teste *t-Student* (teste paramétrico), ou o teste de *Mann-Whitney U* (teste não paramétrico).

No caso das variáveis medidas numa escala nominal, a inferência estatística assentou sobretudo no teste do Qui-quadrado.

A EADS foi submetida às técnicas de análise fatorial. Posteriormente, recorreu-se aos testes de hipóteses para explorar as pontuações obtidas nas várias dimensões em análise.

## 3. Resultados

### 3.1 População estudada

No estudo, foi solicitada a colaboração de 34 crianças com PHDA seguidas em consultas de Desenvolvimento e Pedopsiquiatria do CHCB, considerando a idade compreendida no intervalo pretendido, e de 32 crianças sem aquela patologia, sem atraso mental e sem outra patologia conhecida do foro pedopsiquiátrico ou do neurodesenvolvimento, selecionadas da consulta de Pediatria do CHCB.

Foram excluídos três casos do grupo clínico, dois deles por apresentarem atraso mental e consequente incapacidade de leitura e perceção dos itens da escala EADS-C, e um porque, no momento, já não apresentava critérios de PHDA (Ilustração 1).

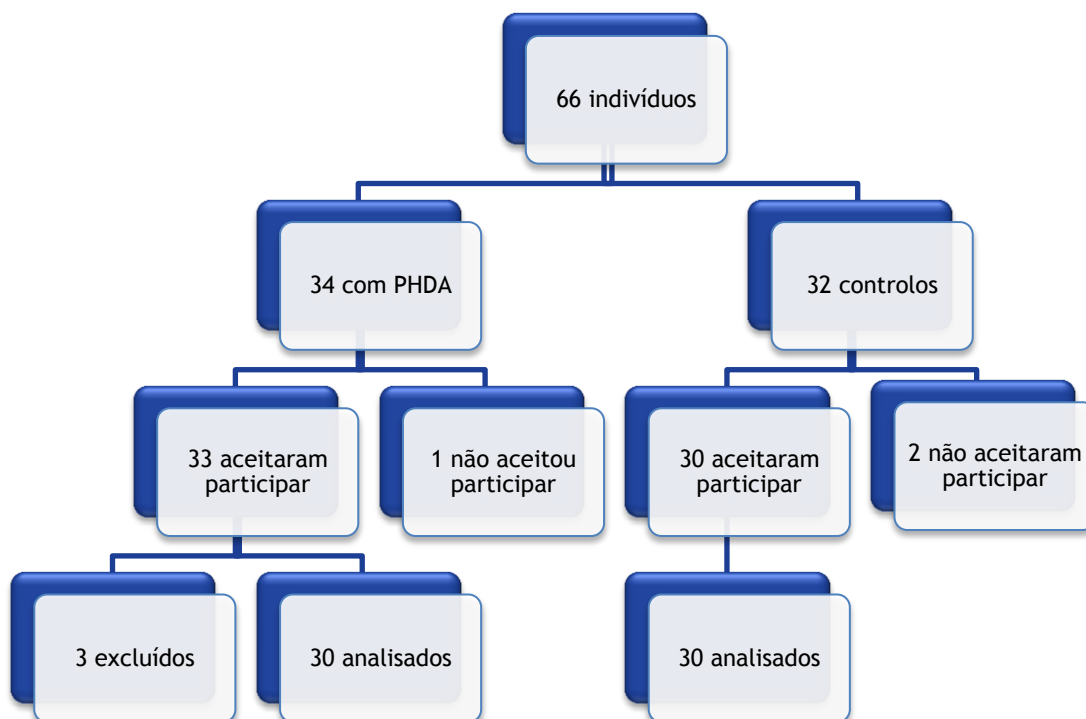


Ilustração 1: Diagrama do processo de seleção dos participantes do estudo.

### 3.2 Caracterização sociodemográfica da população estudada

Foram estudadas 30 crianças com PHDA e 30 crianças que constituíram um grupo controlo. Todas as crianças tinham idade compreendida entre os 8 e os 15 anos. A mediana da idade foi de 10 anos, no grupo com PHDA, e de 12 anos, no grupo de controlo, sendo a média de 10,57 anos no grupo com PHDA e 11,77 anos no grupo de controlo e desvio padrão de 2,16 e 2,32, respetivamente.

Todas as crianças eram de raça caucasiana.

Os dados relativos à constituição do agregado familiar e idade de ambos os pais estão indicados na Tabela 2. Além das frequências absolutas (n) e relativas (%), apresentam-se os *p-values* associados ao teste do Qui-Quadrado para testar independência entre as variáveis em análise e o grupo (controlo ou experimental).

Tabela 2: Caracterização do agregado familiar da população.

	Total (n=60; 100%) n (%)	PHDA (n=30; 50%) n (%)	Controlos (n=30; 50%) n (%)	<i>p-value</i>
<b>Constituição do agregado familiar</b>				
Família monoparental	12 (20,0)	3 (10,0)	9 (30,0)	0,203
Família nuclear	36 (60,0)	19 (63,3)	17 (56,7)	
Família reconstruída	4 (6,7)	3 (16,7)	1 (3,3)	
Família alargada	8 (13,3)	5 (10,0)	3 (10,0)	
<b>Idade do pai<sup>a</sup></b>				
25-34 anos	6 (10,2)	4 (13,3)	2 (6,9)	0,268
35-44 anos	31 (52,5)	17 (56,7)	14 (48,3)	
45-54 anos	18 (30,5)	6 (20,0)	12 (41,4)	
55-64 anos	4 (6,8)	3 (10,0)	1 (3,4)	
<b>Idade da mãe</b>				
25-34 anos	13 (21,7)	10 (33,3)	3 (10,0)	0,084
35-44 anos	32 (53,3)	13 (43,3)	19 (63,3)	
45-54 anos	15 (25,0)	7 (23,3)	8 (26,7)	
55-64 anos	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	

a. O cálculo das frequências relativas do grupo controlo foi efetuado considerando o total de respostas a esta variável (n=29)

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, relativamente às seguintes variáveis: constituição do agregado familiar, idades paterna e materna.

A distribuição por género, o ano escolar frequentado pelo total das 60 crianças e a escolaridade dos pais são apresentados na Tabela 3. O último parâmetro foi analisado segundo o Índice de *Graffar* (ANEXO V). Além das frequências absolutas (n) e relativas (%), apresentam-se os *p-values* associados ao teste do Qui-Quadrado para testar independência entre as variáveis em análise e o grupo (controlo ou experimental).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da população.

	Total (n=60; 100%)	PHDA (n=30; 50%)	Controlo (n=30; 50%)	<i>p-value</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Género</b>				
Masculino	35 (58,3)	23 (76,7)	12 (40,0)	0,004*
Feminino	25 (41,7)	7 (23,3)	18 (60,0)	
<b>Escolaridade da criança</b>				
Ensino Básico 1º ciclo	20 (33,3)	13 (43,3)	7 (23,3)	0,045*
Ensino Básico 2º ciclo	16 (26,7)	9 (30,0)	7 (23,3)	
Ensino Básico 3º ciclo	20 (33,3)	5 (16,7)	15 (50,0)	
Ensino Secundário	4 (6,7)	3 (10,0)	1 (3,3)	
<b>Escolaridade do pai<sup>a</sup></b>				
1º grau	16 (27,1)	3 (10,0)	13 (44,8)	0,018*
2º grau	4 (6,8)	2 (6,7)	2 (6,9)	
3º grau	15 (25,4)	8 (26,7)	7 (24,1)	
4º grau	12 (20,3)	7 (23,3)	5 (17,2)	
5º grau	12 (20,3)	10 (33,3)	2 (6,9)	
<b>Escolaridade da mãe</b>				
1º grau	30 (50)	12 (40,0)	18 (60,0)	0,033*
2º grau	4 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	
3º grau	16 (26,7)	12 (40,0)	4 (13,3)	
4º grau	7 (11,7)	5 (16,7)	2 (6,7)	
5º grau	3 (5,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	

a. O cálculo das frequências relativas do grupo controlo foi efetuado considerando o total de respostas a esta variável (n=29)

Em relação à variável género é de ressaltar a predominância de indivíduos do sexo masculino portadores de PHDA. É também de referir que há uma diferença estatística, comparando a escolaridade dos dois grupos, sendo que a maioria dos inquiridos com PHDA frequentavam o 1º ciclo e a maioria do grupo controlo estaria já a frequentar o 3º ciclo do ensino básico.

Globalmente, os pais dos controlos tinham escolaridade superior e, conseqüentemente, profissões que exigem mais formação académica.

Foi recolhida informação adicional nos dois grupos relativa à repetição de algum ano de escolaridade e, em caso de resposta afirmativa, foi inquirido o ano em questão (Gráfico 1).

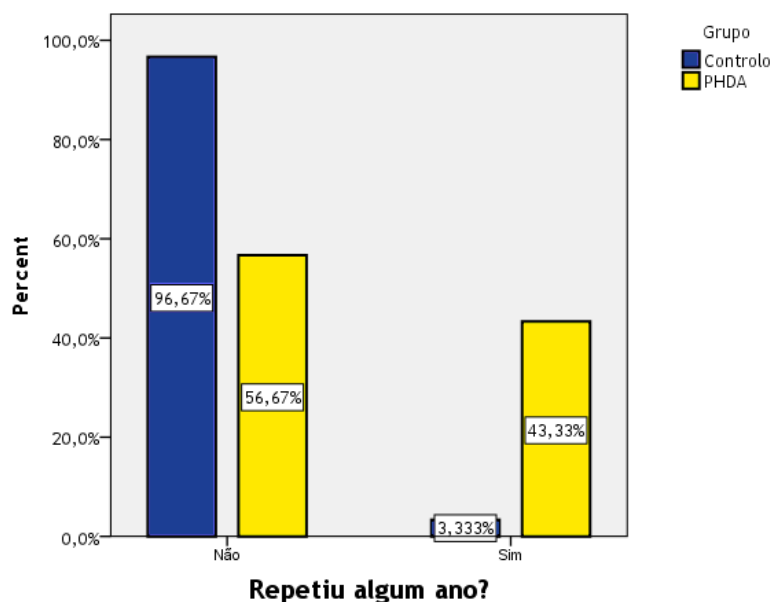


Gráfico 1: Taxa de reprovação comparando o grupo controlo e o grupo com PHDA.

O teste do Qui-Quadrado evidenciou associação entre o facto de o aluno ter repetido algum ano e pertencer ao grupo experimental ou ao grupo de controlo ( $p < 0,001$ ). Em particular, observa-se que são os alunos com PHDA que tendem a reprovar mais, sendo no 2º ano que as reprovações são mais frequentes.

A cada criança foi indagada a ocorrência de pelo menos um *life event* no último ano. Analisado, de seguida, no Gráfico 2 e na Tabela 4. Além das frequências absolutas (n) e relativas (%), apresentam-se os *p-values* associados ao teste do Qui-Quadrado para testar independência entre a variável em análise e o grupo (controlo ou experimental).

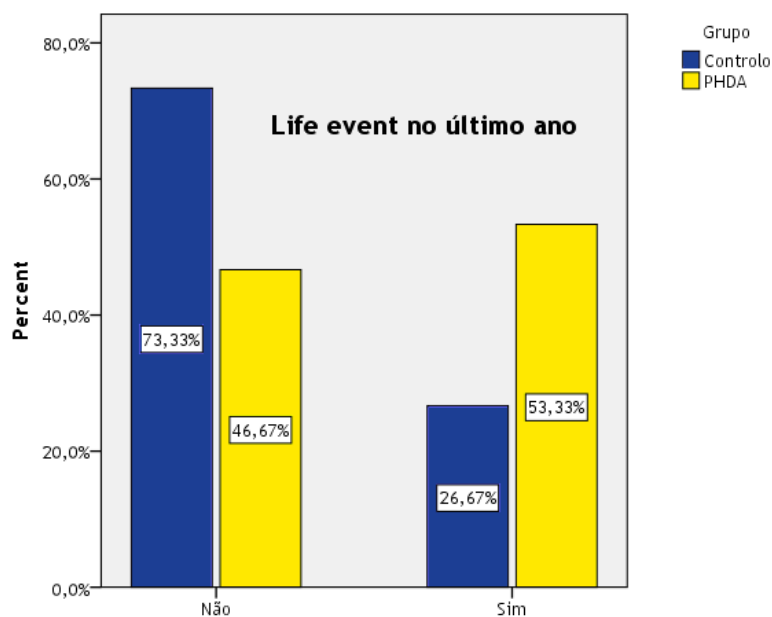


Gráfico 2: *Life event* no último ano comparando o grupo controlo e o grupo com PHDA.

Tabela 4: Análise dos *life event's* no último ano nos grupos com PHDA e de controlo.

	Total (n=60; 100%)	PHDA (n=30; 50%)	Controlo (n=30; 50%)	
<b>Life event no último ano</b>	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p-value</i>
<b>SIM</b>	24 (40,0)	16 (53,3)	8 (26,7)	
morte de um familiar	1 (1,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0,035*
divórcio	4 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	
desemprego	12 (20,0)	9 (30,0)	3 (10,0)	
outro	7 (11,7)	4 (13,3)	3 (10,0)	
<b>NÃO</b>	36 (60,0)	14 (46,7)	22 (73,3)	

O gráfico 2 indica-nos uma prevalência maior de *life event's* no último ano no grupo com PHDA. Pode verificar-se, na tabela 4, que o desemprego ocupa a primeira posição entre os eventos *stressores* da vida, nos dois grupos.

Do questionário constavam os antecedentes pessoais e familiares de cada uma das crianças (Gráficos 3 e 4).

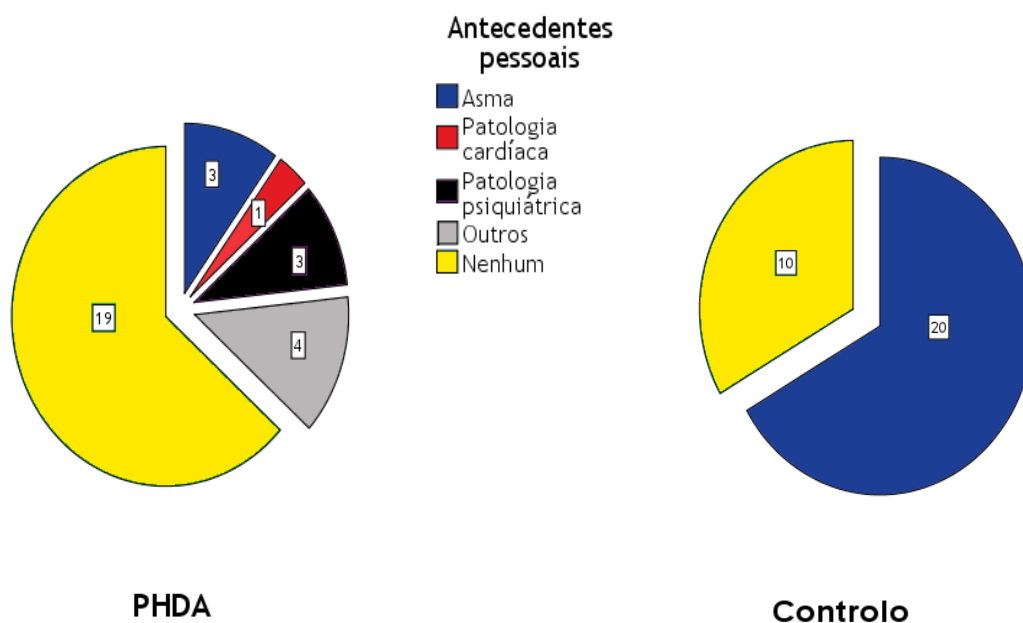


Gráfico 3: Antecedentes pessoais comparando o grupo com PHDA e o grupo de controlo.

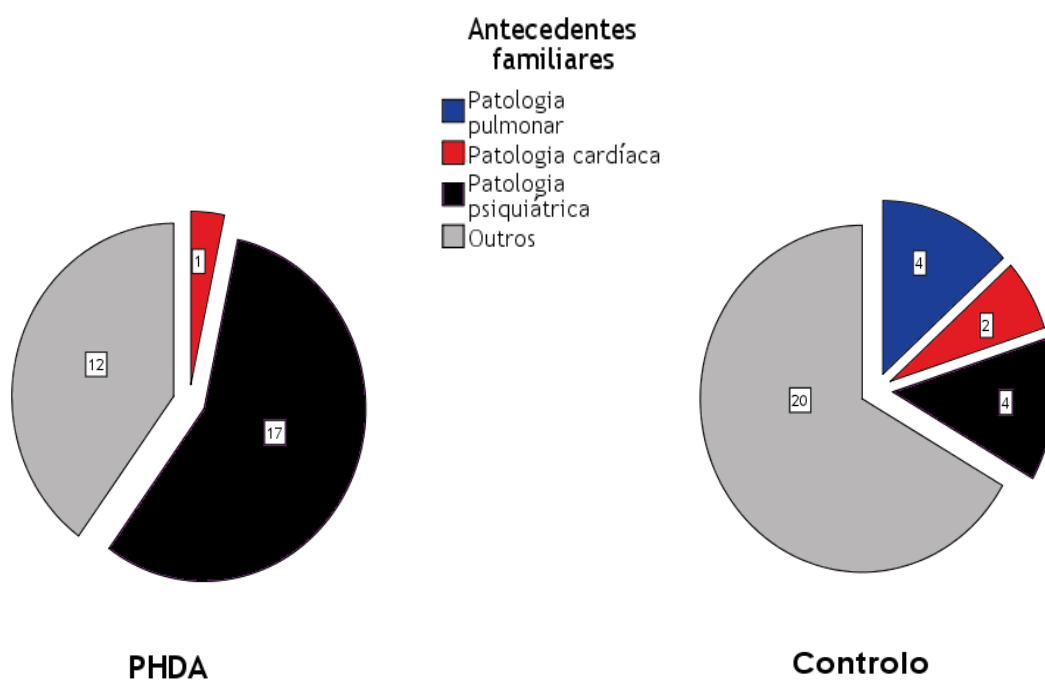


Gráfico 4: Antecedentes familiares comparando o grupo com PHDA e o grupo de controlo.

Analisando os Gráficos 3 e 4, visualiza-se que a maioria das crianças não tem qualquer antecedente pessoal de relevância. O grupo controlo tem uma predominância importante de doença asmática, o que é compreensível, na medida em que é uma das condições crónicas mais comuns (19).

No que respeita aos antecedentes familiares, é de salientar que, no grupo com PHDA, 17 do total das 30 crianças têm antecedentes familiares de patologia psiquiátrica, em contraposição com o grupo de controlo em que apenas 4 das 30 crianças tem antecedentes psiquiátricos na família.

A medicação atualmente realizada é resultante das patologias prevalentes em cada um dos grupos analisados. Portanto, as crianças do grupo controlo têm essencialmente medicação do foro pulmonar, dirigida à asma.

Distinção para a medicação do grupo experimental (com PHDA) que apenas se cinge a metilfenidato, sendo que o de longa ação tem elevado destaque (96,67% das crianças com PHDA).

Na Tabela 5, compara-se quem acompanhou a criança à consulta, parâmetro no qual se certifica não haver discrepância, sendo a mãe nos dois grupos. Além das frequências absolutas (n) e relativas (%), apresentam-se os *p-values* associados ao teste do Qui-Quadrado para testar independência entre a variável em análise e o grupo (controlo ou experimental).

Tabela 5: Acompanhamento da criança à consulta.

	Total (n=60; 100%)	PHDA (n=30; 50%)	Controlo (n=30; 50%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p-value</i>
Pai	4 (6,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	0,492
Mãe	43 (71,7)	23 (76,7)	20 (66,7)	
Pai e Mãe	5 (8,3)	3 (10,0)	2 (6,7)	
Outro	8 (13,3)	2 (6,7)	6 (20,0)	

### 3.3 Resultados da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças

A totalidade dos inquiridos respondeu à EADS-C-21. Os resultados da amostra total são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6: As médias, o número máximo e mínimo de respostas e os desvios padrão para cada uma das três subescalas da EADS.

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EADS-Depressão	60	0,0	24,0	6,8	6,4
EADS-Ansiedade	60	0,0	34,0	7,4	8,3
EADS-Stress	60	0,0	38,0	11,6	9,6

O stresse foi a perturbação mais descrita pelas crianças, sendo o item 12 (“Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.”) o que se apresenta mais vezes enumerado, com um valor de Média=1,37 e Desvio Padrão=1,26.

É também apresentada, para cada subescala, a percentagem de participantes de cada uma das cinco categorias (normal, leve, moderada, severa e extremamente grave).

Nas três subescalas, sobressai a categoria Normal, tal como é representado na Tabela 7.

Tabela 7: Estatística sumária para EADS.

	Depressão n (%)	Ansiedade n (%)	Stresse n (%)
Normal	41 (68,3)	35 (58,3)	41 (68,3)
Leve	9 (15,0)	7 (11,7)	6 (10,0)
Moderada	8 (13,3)	8 (13,3)	6 (10,0)
Severa	2 (3,3)	3 (5,0)	5 (8,3)
Extremamente grave	0 (0,0)	7 (11,7)	2 (3,3)

Comparando as três componentes - depressão, ansiedade e stresse -, o teste de *Mann-Whitney* comprovou que os níveis são sempre superiores no género feminino, havendo apenas diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos relativamente à ansiedade, com  $p\text{-value}=0,009$  (Ver Tabela 8).

Tabela 8: Média e Desvio Padrão das três subescalas por género. (M=média; DP= desvio padrão).

	Masculino (n=35; 58,3%)		Feminino (n=25; 41,7%)		
	M	DP	M	DP	<i>p-value</i>
Depressão	5,8	5,2	8,2	7,8	0,371
Ansiedade	4,6	5,4	11,2	10,2	0,009*
Stresse	11,4	9,1	11,9	10,3	0,970

São apresentados níveis menores de DAS em famílias nucleares comparativamente com qualquer outra constituição, apesar de o teste de *Mann-Whitney* não ter demonstrado a existência de diferenças estatisticamente significativas, por se encontrarem valores de  $p>0,05$ . Também se verificaram níveis menores de DAS nas crianças que não sofreram nenhum *life event* no último ano, comparativamente com as crianças que sofreram pelo menos um *life event* no último ano (Ver Tabela 9).

Tabela 9: Níveis de DAS consoante a constituição do agregado familiar e a ocorrência de *life event* no último ano. (Outra: famílias monoparentais, reconstruídas ou alargadas. M=média; DP=desvio padrão; p=valor de *p-value*.)

	Constituição do agregado familiar					Life event no último ano				
	Nuclear (n=36; 60%)		Outra (n=24; 40%)		p	Não (n=36; 60%)		Sim (n=24; 40%)		p
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
<b>Depressão</b>	6,8	6,3	6,8	6,8	0,843	6,4	6,4	7,4	6,6	0,536
<b>Ansiedade</b>	4,6	6,7	8,1	10,4	0,742	5,2	7,9	6,6	9,1	0,221
<b>Stresse</b>	11,0	8,9	12,5	10,7	0,722	7,0	9,8	9,7	9,1	0,119

De seguida, são comparados os grupos controlo e PHDA nas três subescalas estudadas.

Os valores da mediana, dos quartis e os máximos e mínimos relativamente às três subescalas nos grupos Controlo e com PHDA estão representados nos Gráficos 6, 7 e 8.

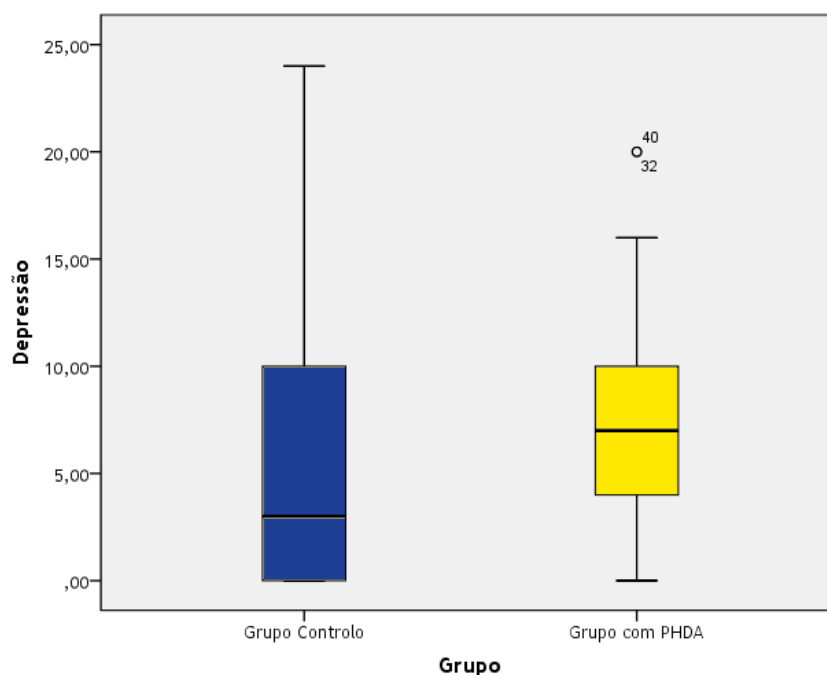


Gráfico 5: Boxplots representando a distribuição da depressão nos grupos de controlo e com PHDA.

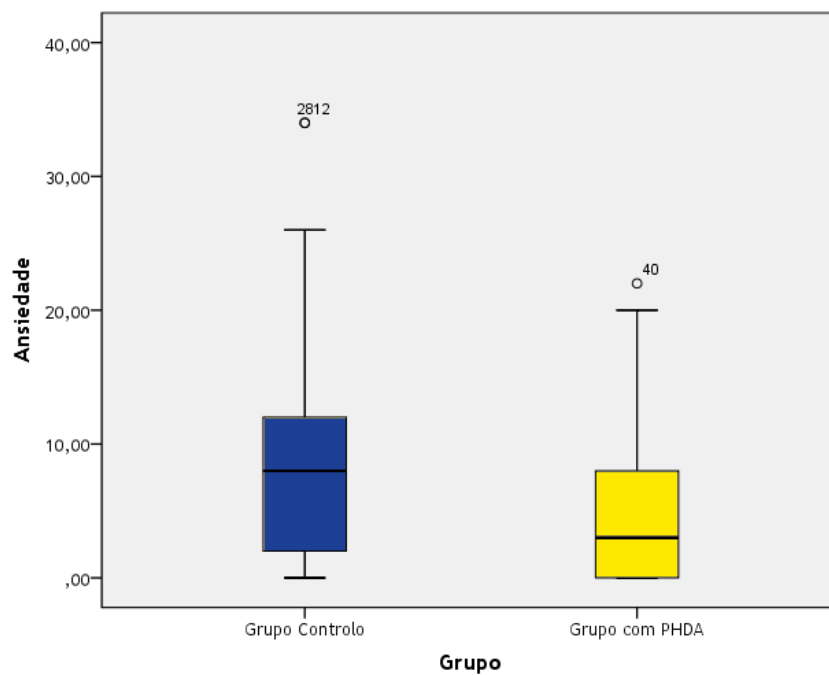


Gráfico 6: Boxplots representando a distribuição da ansiedade nos grupos de controlo e com PHDA.

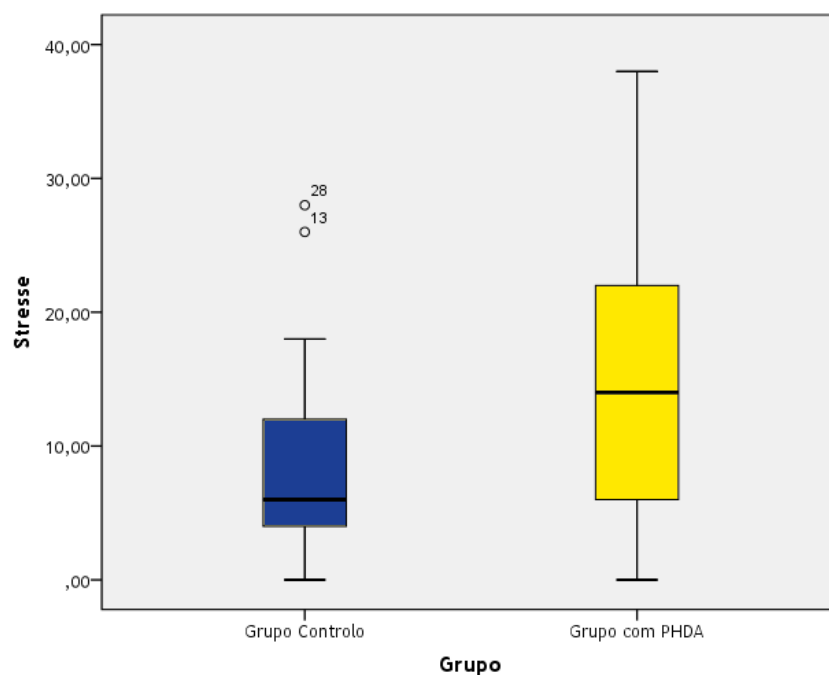


Gráfico 7: Boxplots representando a distribuição do stresse nos grupos de controlo e com PHDA.

A dispersão dos resultados aponta para uma maior homogeneidade das respostas no grupo com PHDA relativamente às componentes depressão e ansiedade. Verifica-se, quanto ao stresse, uma maior heterogeneidade nas respostas no grupo com PHDA.

Estes dados são confirmados pela análise da Tabela 10.

Tabela 10: Comparação dos níveis de DAS entre o grupo com PHDA e o grupo de controlo (M=média; DP= desvio padrão).

	PHDA (n=30; 50%)		Controlo (n=30; 50%)		<i>p-value</i>
	M	DP	M	DP	
Depressão	7,8	5,5	5,9	7,2	0,064
Ansiedade	5,5	6,8	9,2	9,4	0,077
Stresse	15,1	10,3	8,1	7,4	0,008*

O teste de *Mann-Whitney* evidenciou a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à componente stresse, sendo este mais elevado no grupo clínico (com PHDA).

Através da análise da tabela, pode concluir-se que os níveis de depressão e stresse são superiores no grupo com PHDA, enquanto o nível de ansiedade se manifestou superior no grupo de controlo, embora não significativamente.

## 4. Discussão

### 4.1 Resultados

A adolescência é uma fase crucial da vida e a presença de condições como a depressão, a ansiedade e o stresse nesta faixa etária são questões preocupantes (20).

De acordo com a primeira hipótese estabelecida neste estudo e com a literatura estudada, as comorbidades depressão e stresse mostraram níveis superiores no grupo com PHDA (Depressão:  $M=7,8$  e Stress:  $M=15,1$ ) relativamente ao grupo de controlo (Depressão:  $M=5,9$  e Stress:  $M=7,4$ ). Apenas a componente stresse apresentou valores estatisticamente significativos (21).

As perturbações de ansiedade são bastante prevalentes na população de crianças e adolescentes. A prevalência média de todos os distúrbios de ansiedade num estudo recente foi de 8% (6). Esta informação e o facto de a população estudada ser recolhida no âmbito hospitalar justificam o elevado índice de ansiedade nos grupos com PHDA e de controlo, sem que haja entre eles diferenças significativas.

Estudos concluíram que o ambiente medeia o risco para depressão, portanto, recentes *life event's*, como o desemprego dos pais, a morte de um membro da família, o divórcio parental, entre outros, têm consequências sobre os níveis de DAS entre os jovens adolescentes (20, 22). Assim, corroborando a segunda hipótese colocada, verificamos neste estudo níveis superiores de DAS em crianças que relataram pelo menos um *life event* no último ano, embora não se constatem diferenças estatisticamente significativas.

Como foi referido, o divórcio é considerado um evento *stressor* na vida da criança, como tal é de realçar a importância do relacionamento entre pais e filhos como um forte suporte para os adolescentes durante este período delicado de grandes mudanças na sua vida (20, 23, 24). Assim, valores de DAS mostraram-se neste estudo mais elevados nas crianças cujo agregado familiar não é considerado nuclear e, embora não se tenha atingido significância estatística, os valores sugerem que esta variável possa ser relevante.

Neste estudo, verificou-se que a grande maioria das crianças do grupo clínico escolhido aleatoriamente são do sexo masculino (76,7%). Estes dados são consistentes com a literatura existente que revela que a PHDA afeta principalmente rapazes, indo ao encontro do estipulado na terceira hipótese (4, 5, 25-27).

O diagnóstico de PHDA é clínico, baseado no núcleo de sintomas, associado com défices em vários domínios, incluindo no desempenho académico e comportamento na escola, interações familiares e sociais (26). As crianças com PHDA, muitas vezes, não alcançam os objetivos escolares. Socialmente, têm pobres relacionamentos com os colegas, os professores e os pais. Emocionalmente, têm baixa autoestima e um risco elevado de associação com outras perturbações, como por exemplo depressão, ansiedade e/ou perturbação de comportamento (5, 28).

O pressuposto de que as crianças com a perturbação têm maior risco de fracasso académico, menor escolaridade e menor empregabilidade validou a quarta hipótese deste estudo, uma vez que a taxa de reprovação foi superior no grupo com PHDA, rondando os 43,3%, comparativamente com o grupo de controlo, cuja taxa de reprovação ficou apenas por 3,3%.

A etiologia para o desenvolvimento de perturbações mentais é multifatorial. A PHDA é uma doença mental heterogénea, na qual múltiplas etiologias podem manifestar-se, com sintomas comportamentais semelhantes. No que diz respeito às características dos pais/família, são incluídas as seguintes variáveis: idade dos pais, escolaridade e profissão, a classe social e a história médica e psiquiátrica, bem como o agregado e a função familiar (6). Neste estudo, verificou-se que a escolaridade dos pais das crianças com PHDA é inferior relativamente ao grupo controlo. Esta constatação pode também justificar-se pela probabilidade de cerca de 25% das crianças com PHDA terem um familiar próximo com PHDA, geralmente o pai (29).

Apesar de os mecanismos pelos quais o risco de psicopatologia é transmitida entre gerações ainda não serem completamente compreendidos, está descrito que a história familiar de patologia psiquiátrica é um dos fatores de risco mais consistente e potente para o desenvolvimento de doenças mentais em crianças (6, 9, 30, 31). Tem-se também relacionado a redução da disponibilidade de neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina, de base genética, com este distúrbio comportamental (1, 29). De acordo com as premissas anteriores, neste estudo confirmamos a quinta hipótese colocada, ou seja, nas famílias de crianças com PHDA, as doenças mentais são mais prevalentes, comparativamente com o grupo de controlo.

Nesta investigação, conclui-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão entre os géneros masculino ( $M=5,8$ ) e feminino ( $M=8,2$ ), o que é corroborado pelos investigadores que relatam não haver diferenças nas taxas de depressão em ambos os sexos entre os pré-adolescentes (6).

Relativamente à ansiedade, na nossa pesquisa, verificamos um nível bastante superior nas meninas ( $p < 0,05$ ), dados já considerados em 2008, por Hale III, Raaijmakers, Muris, Hoof e Meeus que consideraram que, em geral, as meninas tendem a apresentar maiores níveis de ansiedade do que os meninos, tanto na infância como no período da adolescência (11).

A qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos é consideravelmente mais pobre do que a de indivíduos da população em geral (32, 33). Neste seguimento, a identificação precoce torna a intervenção mais eficaz e menos dispendiosa do que numa idade mais tardia, quando os problemas se tornaram mais graves. Assim, intervir precocemente aumenta a probabilidade de evitar mais dificuldades sociais e académicas, como retenções escolares (34).

O consenso atual, com base numa extensa pesquisa empírica e refletido na prática clínica, conduziu à validação de apenas três tratamentos considerados eficazes: modificação comportamental, psicoestimulantes e uma combinação dos dois (26).

Nos últimos 40 anos, os principais tratamentos para a PHDA têm sido os psicofármacos estimulantes, metilfenidato e anfetamina, uma vez que se crê que melhoram a neurotransmissão da dopamina e norepinefrina (25, 35). O metilfenidato de curta ação, foi o psicoestimulante usado no tratamento das crianças com PHDA nos últimos 30 anos e está documentado na literatura como eficaz. No entanto, tem várias limitações relacionadas com a sua evolução no tempo de ação. Por conseguinte, medicações com ação efetiva mais longa têm sido desenvolvidas e usadas há pelo menos 20 anos (36). Assim, constata-se que a maioria das crianças pertencentes ao grupo clínico, estão medicadas com metilfenidato de longa ação. Esta observação pode explicar o facto de não se encontrarem diferenças significativas quanto aos níveis de depressão e ansiedade entre este grupo e o grupo de controlo.

## 4.2 Limitações do estudo

Os resultados do estudo devem ser interpretados cautelosamente, já que não é isento de limitações.

A reduzida dimensão da amostra impossibilita a extrapolação dos dados obtidos para a população geral de crianças hiperativas. A variação de idades das crianças presentes na amostra foi bastante grande, entre os 8 e os 15 anos, o que se tornou um ponto fraco neste estudo.

Ainda de referir que o grupo clínico não foi dividido nos vários tipos de PHDA (PHDA tipo predominantemente desatento, PHDA tipo predominantemente hiperativo-impulsivo e PHDA tipo misto), o que exclui a possibilidade de os estudar de acordo com a predominância e tipo de sintomatologia (défice de atenção versus hiperatividade-impulsividade).

No que respeita ao grupo de controlo, o facto de a maioria das crianças serem asmáticas, ou seja, apresentarem uma patologia orgânica que pode influenciar os níveis de DAS, também é considerado um ponto fraco do estudo.

A EADS-C-21 é conceptualmente a mesma escala dos adultos, pelo que é compreensível que seja especialmente difícil avaliar variáveis deste tipo em crianças, devido às suas limitações literárias. Por esta razão, estas medidas devem ser usadas com cuidado com estes grupos, mesmo depois do ajustamento feito nos itens.

### **4.3 Pontos fortes do estudo**

As amostras dos dois grupos resultaram em grupos quantitativamente iguais e ambos foram colhidos no CHCB.

Este estudo é inédito e salienta a necessidade de serem realizados novos estudos que explorem a possível associação entre hiperatividade e as variáveis depressão, ansiedade e stresse.

Fatores favoráveis são que a tradução da escala EADS-21-C para língua portuguesa já tinha sido realizada, bem como a sua aplicação em crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, tendo sido aferida para a população portuguesa (17).

## 5. Conclusões e perspetivas futuras

A depressão, a ansiedade e o stresse foram encontrados em níveis bastante elevados e associados a muitos fatores agravantes. Assim, existe uma necessidade de foco especial na população adolescente e na sua saúde mental. Este será um longo caminho no sentido de garantir que as crianças e os adolescentes sejam capazes de emergir como adultos saudáveis.

Este estudo constitui um incentivo para investigações futuras, na medida em que se considera importante alertar os profissionais de saúde para as comorbilidades associadas à PHDA, nomeadamente depressão, ansiedade e stresse. Será, portanto, indispensável, no futuro, abranger uma população maior de crianças com PHDA, para que os resultados sejam mais realistas.

Estudos subsequentes poderão também incluir amostras populacionais no âmbito escolar/comunidade, de modo a, de alguma forma, controlar os antecedentes pessoais das crianças em estudo, tais como doenças físicas ou psíquicas, que não foi possível controlar neste estudo.

Será também importante obter informação dos pais e dos professores das crianças. Resultados confirmatórios poderiam justificar a exploração da utilidade da aplicação sistemática de um instrumento de rastreio de depressão, ansiedade e stresse nas consultas de PHDA com o objetivo de orientar precocemente estas crianças para evitar os problemas escolares, familiares e sociais que esta patologia acarreta.

Seria importante também a aplicação da escala EADS consoante os três subtipos de PHDA, classificados segundo o DSM-IV: PHDA predominantemente com Défice de Atenção; PHDA predominantemente com Hiperatividade/Impulsividade; PHDA combinado (Défice de Atenção e Comportamentos de Hiperatividade/Impulsividade).

## 6. Referências bibliográficas

1. MD MLW. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years? *Infants & Young Children*. 2006 19:86 - 93.
2. Polanczyk MDG, de Lima MDPDM, Horta MDPDB, Biederman MDJ, Rohde MDPDL. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaression Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
3. Carla Pardilhão MM, Cristina Marques. Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clin Geral* 2009;25:592-9. 2009;25:592-9.
4. Ana Carolina Cordinhã JB. A criança hiperactiva: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:577-89. 2008;24:577-89.
5. Klassen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Nov;114(5):e541-7. PubMed PMID: 15520087.
6. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009;11(1):7-20. PubMed PMID: 19432384. Pubmed Central PMCID: 2807642.
7. Hussong AM, Chassin L. Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and psychopathology*. 2004 Fall;16(4):985-1006. PubMed PMID: 15704824. Pubmed Central PMCID: 3159037.
8. Wilson GS, Pritchard ME, Revalee B. Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence*. 2005 6//;28(3):369-79.
9. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000 May;105(5):1158-70. PubMed PMID: 10836893.
10. Borges AI, Manso DS, Tomé G, Matos MGd. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*. 2008;26:551-61.

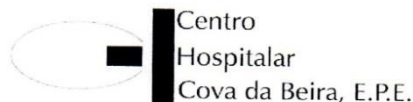
11. Matos MG, Tome G, Borges AI, Manso D, Simoes C, Ferreira A. Anxiety, depression and coping: CDI, MASC and CRI-Y for screening purposes in schools. *The Spanish journal of psychology*. 2012 Mar;15(1):348-56. PubMed PMID: 22379724.
12. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Human Development*. 9th edition. McGraw-Hill. 2003. *Psychosocial Development in Middle Childhood*. p.377-9.
13. Marques M, Gonçalves MJ. Depressão. In: Amaral JMV. *Tratado de Clínica Pediátrica*. 1ª ed., editor: Abbott Lda; 2008. p.170-2.
14. Crisóstomo M, Matos MG. Depressão na adolescência. In: Matos MG. *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. editor: Faculdade de Motricidade Humana; 2008. p.261-71.
15. Goodyer IM. Physical symptoms and depressive disorders in childhood and adolescence. *Journal of psychosomatic research*. 1996 Nov;41(5):405-8. PubMed PMID: 9032704.
16. Leal IP, Antunes R, Passos T, Pais-Ribeiro J, Maroco J. Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009;10:277-84.
17. Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2004;5:229-39.
18. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995 Mar;33(3):335-43. PubMed PMID: 7726811.
19. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ*. 2009 Oct 27;181(9):E181-90. PubMed PMID: 19752106. Pubmed Central PMCID: 2764772.
20. Bhasin SK, Sharma R, Saini NK. Depression, anxiety and stress among adolescent students belonging to affluent families: a school-based study. *Indian journal of pediatrics*. 2010 Feb;77(2):161-5. PubMed PMID: 19936655.
21. Brown RT, Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of learning disabilities*. 1989 Nov;22(9):581-7. PubMed PMID: 2809411.

22. Silberg J, Rutter M, Neale M, Eaves L. Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2001 Aug;179:116-21. PubMed PMID: 11483472.
23. Cummings EM, Davies PT. Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2002 Jan;43(1):31-63. PubMed PMID: 11848336.
24. Averdijk M, Malti T, Eisner M, Ribeaud D. Parental separation and child aggressive and internalizing behavior: an event history calendar analysis. *Child psychiatry and human development*. 2012 Apr;43(2):184-200. PubMed PMID: 22020989.
25. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2005;366(9481):237-48.
26. Cormier E. Attention deficit/hyperactivity disorder: a review and update. *Journal of pediatric nursing*. 2008 Oct;23(5):345-57. PubMed PMID: 18804015.
27. Centers for Disease C, Prevention. Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children --- United States, 2003 and 2007. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2010 Nov 12;59(44):1439-43. PubMed PMID: 21063274.
28. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*. 2005 Feb;90 Suppl 1:i2-7. PubMed PMID: 15665153. Pubmed Central PMCID: 1765272.
29. Eduardo Fernandes JPA. Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:451-4. 2004.
30. Lee PC, Lin KC, Robson D, Yang HJ, Chen VC, Niew WI. Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2013 Jan;34(1):656-68. PubMed PMID: 23123879.
31. Gershon A, Hayward C, Schraedley-Desmond P, Rudolph KD, Booster GD, Gotlib IH. Life stress and first onset of psychiatric disorders in daughters of depressed mothers. *Journal of psychiatric research*. 2011 Jul;45(7):855-62. PubMed PMID: 21524424. Pubmed Central PMCID: 3115484.

32. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004 Feb;43(2):221-30. PubMed PMID: 14726730.
33. Rajmil L, Palacio-Vieira JA, Herdman M, Lopez-Aguila S, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. Effect on health-related quality of life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and quality of life outcomes*. 2009;7:103. PubMed PMID: 20030835. Pubmed Central PMCID: 2805624.
34. Saxton J. *Promoting Children's Social and Emotional Development*. Austin, TX: Texans Care for Children. 2010.
35. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Development and psychopathology*. 2005 Summer;17(3):807-25. PubMed PMID: 16262993. Pubmed Central PMCID: 1474811.
36. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-Maclean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics*. 2001 Jun;107(6):E105. PubMed PMID: 11389303.

## 7. Anexos

### Anexo I: Declaração de aceitação do estudo



Recibido  
2012-05-18

Parecer:	Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº25/2012 - “Contributo para o estudo da depressão, ansiedade e stress em crianças com PHDA”	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração <b>DE:</b> Núcleo de Investigação	<b>N.º</b> 48/GAI <b>Data</b> 17/05/2012
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Susana Margarida Vilar dos Santos, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema, “Contributo para o estudo da depressão, ansiedade e stress em crianças com PHDA” a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher e no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº 22 /2012, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>P’lo Gabinete de Apoio à Investigação</p> (Prof. Doutor Francisco Alvarez Perez)	

Pág. 1 / 2

## Anexo II: Consentimento livre e informado

Eu, Susana Margarida Vilar dos Santos, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, venho por este meio solicitar a sua colaboração no estudo “Contributo para o estudo de depressão, ansiedade e stresse em crianças com PHDA”. Do presente estudo não resultará qualquer risco para a saúde dos participantes, uma vez que apenas se procederá ao preenchimento de questionários. A sua participação é voluntária e pode recusar sem que por isso venha a ser prejudicado. Será assegurada a confidencialidade e privacidade dos participantes.

*(A preencher pelo Investigador)*

Confirmando que expliquei aos pais e/ou representantes legais da criança, de forma adequada e inteligível, a natureza e finalidade do estudo supracitado e respondi a todas as dúvidas e questões levantadas pelo doente e seus pais e/ou representantes legais.

---

**Nome do investigador (legível)**

---

**Assinatura do investigador**

---

**Data**

*(A preencher pelos Pais ou Representante Legal)*

Declaro que percebi o que me foi explicado pelo investigador e pelo médico, e autorizo a participação do meu filho no estudo académico e a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

---

**Nome do participante no estudo (legível)**

---

**Nome do representante legal (legível)**

---

**Assinatura do representante legal**

---

**Data**

## Anexo III: Questionário sociodemográfico e clínico

**Pai**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**Mãe**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Género: Masculino

Feminino

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Repetiu algum ano? Qual? \_\_\_\_\_

*Life event* no último ano: \_\_\_\_\_

Com quem vive? \_\_\_\_\_

**Antecedentes pessoais:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

---

---

**Medicação atual:**

---

**Medicação já realizada:**

---

**Outras doenças:**

---

---

**Consultas de rotina? Quais?**

---

**Há quanto tempo?**

---

**Quem o acompanha? Pai**

Mãe

Outro \_\_\_\_\_

## Anexo IV: EADS-C-21

Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas.

Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
Senti a boca seca.	0	1	2	3
Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar.	0	1	2	3
Senti dificuldade em respirar.	0	1	2	3
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por ex. Não me apeteceu ver televisão, estudar, nem jogar computador.	0	1	2	3
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex. Apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula.	0	1	2	3
Senti tremores. Por ex. Nas mãos e nas pernas.	0	1	2	3
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustado e todos os meus amigos gozarem comigo.	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3
Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.	0	1	2	3

Senti-me desanimado/cansado e melancólico.	0	1	2	3
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Por ex. Faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e ficar muito irritado e resmungão.	0	1	2	3
Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex. Nem jogar computador ou ver televisão eu tinha vontade.	0	1	2	3
Senti que não tinha muito valor como pessoa, ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
Senti que, por vezes, estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente.	0	1	2	3
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex. O coração começou a bater muito depressa, de repente.	0	1	2	3
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada.	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que, de repente, as coisas deixaram de valer a pena.	0	1	2	3

## Anexo V: Índice de *Graffar*

### Profissão

As categorias são as seguintes:

1º grau: Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

2º grau: Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.

3º grau: Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra.

4º grau: Operários especializados com ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros.

5º grau: Trabalhadores manuais ou operários não especializados, jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

