ELIZABETH ANDRIGO MOREIRA

ESTUDO PRELIMINAR SOBRE INDICADORES DE COMORBIDADE ENTRE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE E USO DE DROGAS A PARTIR DA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência.

Orientador: Prof. Dr. Egidio José Romanelli

CURITIBA
2004

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PARECER

A Comissão Julgadora da Dissertação apresentada pela Mestranda **Elizabeth Andrigo Moreira,** sob o título "***Estudo Preliminar sobre Indicadores de Comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e uso de drogas a partir da Adolescência***", após argüir a candidata e ouvir suas respostas e esclarecimentos, deliberou APROVAR por unanimidade de votos, com nota 9,0 correspondente ao conceito A.

Prof. Dr Egídio José Romanelli

Profª. Drª. Maria Augusta Bolsanello

Profª. Drª. Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Em face da aprovação, deliberou ainda, a Comissão Julgadora, na forma regimental, opinar pela concessão do título de **Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência** a candidata **Elizabeth Andrigo Moreira.**

Curitiba, 29 de junho de 2004.

Aos meus pais e meu filho, dedico este trabalho. Especialmente ao meu pai, que por seu exemplo brilhante como médico, pesquisador, cientista e professor, estimulou-me assim, a curiosidade pelo conhecimento durante todas as etapas de minha vida. À minha mãe, pelo seu espírito batalhador e sonhador, que sempre, nas horas difíceis, deu apoio, esperança e força. Ao meu pequeno filho, Lucas, que tive, ao longo deste período, de dividir seu tempo de atenção, cuidados e carinho com o tempo dedicado a esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos, que de alguma forma, colaboraram com a realização desta pesquisa. Em especial, ao meu orientador Prof. Dr. Egidio José Romanelli, à Profª Dra Paula Inês Cunha Gomide, aos mestrandos colegas Ivan Luigi Vitali e Plínio Marco de Toni, ao meu professor de especialização Prof. Dr. Paulo Mattos e a todos os meus professores desta pós-graduação.

Aos meus pais (Milton e Vera Alice), por toda a dedicação, apoio e força que me deram desde os primeiros passos até as jornadas mais difíceis. Ao meu filhinho, Lucas, que já desde a sua gestação, acompanhou as dificuldades em realizar esta tarefa, tendo que muitas vezes abrir mão desta deliciosa companhia, de seus primeiros aprendizados, suas primeiras gargalhadas, para poder realizar tal missão.

Muito obrigada

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS vi
LISTA DE ABREVIATURAS..... vii
RESUMO viii
ABSTRACT..... ix
INTRODUÇÃO 1
CAPÍTULO 1 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE 5
CAPÍTULO 2 - COMORBIDADES 15
CAPÍTULO 3 - USO DE DROGAS 22
OBJETIVO 35
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA DE PESQUISA 36
4.1 Participantes 37
4.2 Local 37
4.3 Instrumento 38
4.4 Procedimentos 42
RESULTADOS 46
DISCUSSÃO 56
CONSIDERAÇÕES FINAIS 61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67
ANEXOS..... 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pontuação da parte A do questionário de Hiperatividade.....40

Tabela 2. Pontuação da parte B do questionário de Hiperatividade.....40

Tabela 3. Pontuação da parte C do questionário de Hiperatividade.....40

Tabela 4. Pontuação das questões 28 e 29 do questionário de Hiperatividade.....42

Tabela 5. Teste t de igualdade de médias.....50

Tabela 6. Cargas fatoriais do questionário.....53

Tabela 7. Tabela de carregamento rotacionada 54

LISTA DE ABREVIATURAS

CEBEJA "Centro Estadual Educacional Básico para Jovens e Adultos"

CID-10 "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão"

DSM – IV - "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição

HI "Tipo Hiperativo/Impulsivo"

LSD "Dietilamida do Ácido Lisérgico" / Lysergic Acid Dietylamide

OMS – "Organização Mundial de Saúde"

SNC – "Sistema Nervoso Central"

TC – "Transtorno de Conduta"

TDA–H "Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade"

TDAH-C "Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade de Forma Combinada"

TDAH-I "Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade de Forma Inatentiva"

TDO "Transtorno Desafiador/Opositor"

THC "Ácido Delta 9-Tetraidrocanabiol"

TUS "Transtorno por Uso de Substâncias"

RESUMO

Moreira, E. A. (2004). **Estudo preliminar sobre indicadores de comorbidade entre transtorno de déficit de atenção / hiperatividade e uso de drogas a partir da adolescência.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

Foi em 1994, que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), denominou o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDA-H), e estabeleceu critérios para o seu diagnóstico internacionalmente, apresentando-o sob três formas prevalentes: forma "hiperativa/impulsiva", forma "desatenta" e forma "combinada". As características nucleares deste transtorno são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, afetando de maneira importante o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiares e sociais, o ajustamento psicossocial e a vida laborativa dos portadores. O objetivo desta pesquisa, foi investigar os índices do TDA-H, em uma amostragem da população de Curitiba, os índices das três formas prevalentes do transtorno e uma possível comorbidade com uso de drogas a partir da adolescência. As pesquisas internacionais apontam para índices gerais do TDA-H, extremamente variáveis, abrangendo de 1% a 7%, variando conforme autores e pesquisas. Nesta pesquisa, o índice de prevalência do TDA-H foi de 9,3%. Sendo a forma prevalente com um maior índice encontrado a "desatenta" (14,4%), seguida pela forma hiperativa/impulsiva (9%) e com menor índice a forma "combinada" (4,5%). O índice de comorbidade entre TDA-H e uso de drogas, ficou em 3,3% desta amostragem. A pesquisa foi realizada com 113 indivíduos, em uma população natural, oriunda de escolas públicas e de uma clínica de neurologia. A idade dos participantes variou entre 13 e 54 anos, com a média de 20,69 anos. Para o levantamento desses dados, utilizou-se de um questionário, baseado no DSM-IV, acrescido da sintomatologia citada por outros autores. Este instrumento foi submetido a testes de estatísticas, garantindo a validade de seus resultados.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, uso de drogas, comorbidades, prevalência e diagnóstico.

ABSTRACT

Moreira, E. A. (2004). Preliminary study on co-morbidity indicators between Hyperactivity/Attention Deficit Disorder (ADHD) and drug abuse beginning in early adolescence. Masters' Degree Paper, Federal University of Paraná

In 1994, the Statistical and Diagnostic Manual for Mental Disorders DSM-IV named the Hyperactivity/Attention Deficit Disorder (ADHD), and set the criteria for its international diagnosis, dividing it into 3 prevalent types: "hyperactive/impulsive", "distracted" and "combined". The nuclear features of the disorder are inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness, significantly affecting the academic performance, social and family integration, psycho-social fitness and the working life of the people who have it. The objective of this paper was to investigate the presence of ADHD in a sample of the population of Curitiba, the presence of the 3 different types of the disorder and a possible co-morbidity with drug abuse beginning in early adolescence. International research shows general ADHD presence as extremely variable, from 1% to 7%, depending on the author and the research. In this study, the prevalence of ADHD was of 9.3%; and the prevalent type, most commonly found was the "distracted" (14.4%), followed by the hyperactive/impulsive (9%) and the less commonly found "combined" (4.5%). The co-morbidity between ADHD and drug abuse was of 3.3% in this sample. The research involved 113 individuals, in a natural population, from state schools and a neurology clinic. The age ranged from 13 to 54 years, average of 20.69 years. To collect the data, a questionnaire was used, based on the DSM-IV, and the symptoms described by other authors. This tool was submitted to statistical tests in order to guarantee the validity of its results.

Key Words: ADHD, drug abuse, co-morbidities, prevalence and diagnosis.

INTRODUÇÃO

Historicamente há alusões a respeito do transtorno de déficit de atenção / hiperatividade em muitas das grandes civilizações (Goldstein & Goldstein, 1990).

Por volta de 1890, médicos trabalhavam com pessoas que apresentavam dano cerebral e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação que resultavam de um dano ou disfunção cerebral. A partir de 1940, inúmeros estudos surgiram e as mudanças na caracterização do distúrbio produziram uma confusão em sua definição e denominação, tais como: hiperatividade, lesão cerebral mínima, síndrome hipercinética, distúrbios de déficit de atenção com hiperatividade. (Benczik, 2000)

O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) em 1994, denominou-o como transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDA-H), utilizando como critério dois grupos de sintomas para o diagnóstico: a) desatenção, b) hiperatividade / impulsividade. Estabelece três subtipos de TDA-H: forma predominante hiperativa / impulsiva; forma predominante desatenta e forma combinada. O DSM-IV propõe nove sintomas para cada forma, sendo que o portador deve apresentar pelo menos seis sintomas para o diagnóstico.

Os sintomas podem apresentar-se desde uma idade muito precoce, até mesmo uma inquietude no berço, mas sempre deve ter seu início antes dos sete anos de idade.

A forma hiperativa / impulsiva e combinada parecem ser mais freqüentes em meninos e a forma desatenta em meninas. É de fundamental importância o diagnóstico e tratamento precoces, evitando um grande impacto na vida do indivíduo

com complicações nos diferentes contextos: social, familiar, acadêmico e ou profissional, levando ao aparecimento de distúrbios comórbides.

O TDA-H afeta 3 a 5% das crianças segundo Benczik (2000), sendo que mais de 50% das crianças terão persistência dos sintomas na vida adulta.

Não existe uma causa única estabelecida para o TDA-H, mas algumas evidências foram descobertas cientificamente, dentre elas a existência da participação genética através de estudos com gêmeos e parentes de portadores, mostrando uma proporção duas vezes maior de risco. Não se sabe se fatores ambientais, de natureza psicológica e genética desenvolvem o transtorno. Existem também alterações nos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, que neste caso são deficitários especialmente na região do lobo frontal, mostrando assim uma diminuição da atividade nesta região pré-frontal segundo Feinberg e Farah (1997).

Além dos critérios do DSM-IV (1994) existem outros sintomas característicos que podem ajudar no diagnóstico, tais como: a) Baixa auto-estima, especialmente em adolescentes e adultos; b) Sonolência diurna; c) "Pavio curto"; d) Necessidade de ler mais de uma vez para entender; e) Dificuldades de se ativar para começar o dia; f) Adiamento constante das coisas; g) Mudança de interesse o tempo todo; h) Intolerância a situações monótonas; i) Busca freqüente por coisas estimulantes; j) Variações freqüentes de humor (Mattos, 2001).

Segundo Goodyear e Hynd (1992), pode se perceber em crianças com TDA-H sem hiperatividade algumas características como: um tempo cognitivo mais lento, mais autoconscientes, maior retraimento social e uma maior incidência de transtornos de aprendizagem. Já as que apresentam TDA-H com hiperatividade, demonstram menos popularidade social, maior autodestrutividade, são mais propensas a um

transtorno de conduta. Segundo Barkley (1987), algumas características do TDA-H são uma inquietude motora e períodos reduzidos de atenção, generalizações dos sintomas em diversas situações ou ambientes, uma discrepância entre o nível cognitivo e os problemas de autocontrole e maior imaturidade.

Ao contrário do que se acreditava o TDA-H pode permanecer na adolescência e na vida adulta, com um padrão semelhante apenas com alterações nas manifestações dos sintomas. O adolescente é visto com um aparente desinteresse ou apatia em sala de aula, é desatento, não cumpre responsabilidades, podendo apresentar baixa auto-estima, relacionamentos difíceis, ansiedade, depressão, problemas de conduta e delinqüência, abuso de drogas entre outras. Segundo MacDonald e Achembach (1996), esta evolução pode se dar em razão de comorbidades tais como: transtorno de conduta, transtorno desafiador – opositor, depressão e outros.

Existem muitas razões aventadas para o uso de drogas em indivíduos com TDA-H. A existência de problemas ao longo da vida, secundários a presença do TDA-H fazendo com que o portador procure grupos sociais com que mais se identifique. Outra possibilidade seria a predisposição genética comum ao TDA-H e ao uso de drogas. A cocaína, principal droga de abuso em portadores de TDA-H, age no cérebro de modo muito semelhante aos medicamentos psicoestimulantes utilizados no tratamento deste transtorno, sendo possível assim que se trate de uma "auto medicação" que acaba trazendo conseqüências desastrosas (Rohde, 2003).

Na adolescência, o indivíduo está mais exposto ao contato com as drogas, a falta de limites, de responsabilidades por seus atos que junto com um transtorno de

déficit de atenção / hiperatividade e suas comorbidades aumentam a probabilidade do uso de drogas.

O objetivo deste trabalho é poder estabelecer indicadores de comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e uso de drogas a partir da adolescência, evidenciando a importância do diagnóstico e tratamento precoces como forma de prevenir o desenvolvimento de comorbidades, dentre elas, o uso de drogas, que tanto trazem implicações e complicações nas várias áreas da vida do indivíduo (pessoal, acadêmica, social, profissional e emocional).

Os capítulos que se seguem dão uma visão sobre os temas importantes para tal investigação, neles são encontradas teorias e abordagens sobre o Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade de uma forma geral, as comorbidades mais freqüentes, uma ligeira explicação sobre o uso de drogas e a parte metodológica utilizada nesta pesquisa.

CAPÍTULO 1 - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE

Segundo Pennington (1946), o Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDA-H) é uma das desordens mais comuns na infância, com uma prevalência de 1 a 7% de acordo com recentes estudos epidemiológicos. Em um estudo por sexo, mostrou-se uma prevalência de 9:1 em homens e em outro estudo foi de 3:1.

Segundo Goldstein (1990), históricamente há alusões a respeito deste transtorno em muitas das grandes civilizações. Por volta de 1890, médicos trabalharam com pessoas que apresentavam dano cerebral e sintomas de desatenção, impaciência e inquietação que resultavam de um dano ou disfunção cerebral. À partir de 1940, inúmeros estudos surgiram e as mudanças na caracterização do distúrbio produziram certa confusão em relação a sua definição e denominação, por exemplo: hiperatividade, lesão cerebral mínima, síndrome hipercinética, distúrbio de déficit de atenção com hiperatividade.

O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) em 1994, denominou-o como "Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, utilizando como critério dois grupos de sintomas para o diagnóstico:

a) Desatenção
b) Hiperatividade / Impulsividade

E define o transtorno como um problema de saúde mental, considerando-o como um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade / impulsividade.

O transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDA-H) é um problema crônico na maioria dos casos, trazendo dificuldades tanto para a criança quanto para o adulto. Os sintomas são basicamente os mesmos, expressando-se de forma parecida nas diferentes etapas da vida. Embora por muitos anos este transtorno tenha sido considerado um problema da infância que desapareceria na adolescência, hoje sabe-se que o problema pode persistir até a fase adulta, mudando apenas a prevalência e apresentação dos sintomas.

O TDA-H apresenta-se de três formas:

a) forma predominantemente desatenta

b) forma predominantemente hiperativa / impulsiva

c) forma combinada

A predominância será de acordo com o número de sintomas relativos a cada módulo citado no DSM-IV (1994), exigindo-se pelo menos seis dos nove sintomas, para caracterizar o transtorno. Estes podem manifestar-se desde uma idade muito precoce, até mesmo desde o berço e geralmente antes dos sete anos de idade. Barkley (1987) sugere alguns estudos que levantam a possibilidade do aparecimento dos sintomas até por volta dos 12 anos de idade.

Os sintomas segundo o DSM-IV (1994) são:

a) FORMA DESATENTA

1. Prestar pouca atenção a detalhes e cometer erros por falta de atenção.

2. Dificuldades em se concentrar.
3. Parecer estar prestando atenção em outras coisas em uma conversa ou atividade.
4. Dificuldades em seguir instruções até o fim ou deixar tarefas sem terminar.
5. Dificuldades em se organizar para fazer algo ou para planejar com antecedência.
6. Relutância para realizar tarefas que exijam esforço mental por longo tempo.
7. Perder objetos ou esquecer compromissos.
8. Distrair-se com muita facilidade com coisas a sua volta ou com os próprios pensamentos.
9. Esquecer coisas no dia-a-dia.

b) FORMA HIPERATIVA / IMPULSIVA

1. Mover de forma incessante pés e mãos quando sentado.
2. Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado.
3. Correr e subir em objetos freqüentemente, e em adolescentes e adultos isso pode restringir-se a uma sensação de inquietude subjetiva.
4. Dificuldade para se manter em atividades de lazer (jogos ou brincadeiras, em silêncio por longo tempo).

5. Parecer ser movido por um motor elétrico sempre.
6. Falar demais.
7. Responder perguntas antes de serem concluídas.
8. Não conseguir aguardar sua vez.
9. Interromper freqüentemente os outros em suas atividades ou conversas.

c) FORMA COMBINADA:

Para esta forma do TDA-H, exige-se a presença de 6 sintomas de cada uma das formas anteriores.

Quanto ao transtorno em geral, existem ainda outros sintomas além dos critérios do DSM-IV (1994), que também estão presentes e são comuns (Barkley, 1987; 1990).

a) Generalização de sintomas em diversas situações e ambientes.
b) Uma discrepância entre o nível de desenvolvimento cognitivo e problemas de autocontrole.
c) Baixa auto-estima e em adultos depressão.
d) Sonolência diurna.
e) "Pavio curto", irritabilidade.
f) Necessidade de ler mais de uma vez para compreender.
g) Dificuldade em se ativar para começar o dia.
h) Adiamento constante das coisas.
i) Mudança de interesse o tempo todo.

j) Intolerância a situações monótonas ou repetitivas.

k) Busca freqüente por coisas estimulantes ou diferentes.

l) Variações freqüentes de humor.

Segundo Goodyear e Hynd (1992) pode se perceber em crianças com TDA-H sem hiperatividade algumas características, como um tempo cognitivo mais lento, mais autoconsciente, maior retraimento social e uma maior incidência de problemas de aprendizagem. Já crianças com TDA-H com hiperatividade demonstram maiores problemas de conduta, e são mais autodestrutivas. O TDA-H compromete de modo marcante a vida das crianças, adolescentes e adultos, pois promove dificuldades no controle de impulsos, na concentração, memória, organização, planejamento e autonomia. Envolve assim, problemas sociais, comportamentais, intelectuais e emocionais.

Os problemas emocionais mais comuns que coexistem com TDA-H são a depressão e a ansiedade, e que em adulto podem ter maior incidência. Alguns portadores podem apresentar transtorno bipolar, transtorno opositivo-desafiador, transtorno de conduta, transtorno obsessivo-compulsivo, enurese, transtorno de tiques, transtorno de Tourette, transtorno de abuso de drogas. Mesmo sem apresentar comorbidades associadas, estes indivíduos apresentam problemas emocionais, como dificuldades escolares, baixa auto-estima, labilidade emocional, sensação de fracasso, instabilidade nas relações inter-pessoais. Na adolescência apresentam um alto índice de risco para uso excessivo de álcool e de drogas ilícitas e comportamento irresponsável. Já na vida adulta evidenciam-se problemas no cotidiano, tais como dificuldades para iniciar tarefas, adiamento de decisões, falta de motivação,

mudanças constantes nos interesses pessoais e profissionais, desorganização e falta de planejamento, mudança constante de humor e de planos, queixas de memória e fácil irritação (Mattos 2001; Rhode, 2003).

O TDA-H em adulto é de mais difícil diagnóstico pelo fato de alguns sintomas diminuírem, especialmente os hiperativos, além do mais mesmo portadores de TDA-H desenvolvem ao longo do tempo sua capacidade de prestar atenção e controlar a impulsividade, embora nunca como uma capacidade normal (Mattos, 2001).

Para o diagnóstico de adolescentes e adultos segundo os critérios do DSM-IV, o número de sintomas cai de seis para quatro.

As causas para o TDA-H não são bem definidas ainda e nem existe uma causa única estabelecida, mas algumas evidências foram descobertas cientificamente nas últimas décadas. Existe uma participação genética no transtorno, mas este não pareceu ser o único fator determinante no aparecimento do TDA-H. Não se sabe se fatores ambientais e de natureza psicológica aumentariam a chance de uma pessoa que herdou a predisposição de desenvolver o transtorno, mas é bem improvável que uma pessoa que não tenha esta predisposição venha desenvolver o TDA-H apenas por fatores psicológicos (Mattos, 2001; Benczik, 2000). Outras pesquisas como de Bandstra, Morrow, Anthony, Acconero e Fried (2001), demonstram o aumento do risco de crianças expostas ao uso de drogas como cocaína, álcool, nicotina e outras durante a gestação para desenvolverem o TDA-H. Evidências ligam a exposição pré-natal à cocaína a prejuízos no processo cognitivo associados ao despertar da atenção e alterações em substratos neurobiológicos destes sistemas. O uso de drogas durante a fase pré-natal leva a processos desruptivos no desenvolvimento do sistema de

neurotransmissores monoaminérgicos e que tem implicações no centro de regulação do despertar da atenção. Estudos laboratoriais com crianças expostas à cocaína demonstraram um crescimento da perseveração e decréscimo na regulação emocional e orientação, pobre controle de impulsos e na habilidade de gratificação, pobre discriminação e atenção visual.

Mayes, Grillon, Granger e Schottenfeld (1998), evidenciaram que pré-escolares expostos à cocaína exibiam prejuízo no processo de despertar da atenção, processamento de informação, aprendizagem e memória.

Segundo Faraone, Biederman, Weber, e Russell (1998) existe uma complexidade nos processos biológicos envolvidos no aparecimento de sintomas do TDA-H, sugerindo alterações em diferentes sistemas de neurotransmissores. As primeiras teorias bioquímicas basearam-se no funcionamento das catecolaminas.

Mais tarde, estudos de Swanson, Castellanos, Murias, LaHoste, e Kennedy(1998) e Castellanos (1997) propuseram o envolvimento dos sistemas dopaminérgicos, sugerindo que uma hipofunção nas áreas corticais poderia ser responsável por déficits cognitivos e de funções executivas. Faraone e cols. (1998), levantam, em seus estudos, a hipótese de que circuitos frontossubcorticais, ricos tanto em dopamina como em noradrenalina, estariam possivelmente envolvidos no mecanismo do TDA-H.

Barkley (1997) propõe uma teoria na tentativa de unificar estes sistemas, tanto o sistema anterior, primeiramente dopaminérgico, como o posterior, noradrenérgico, envolvendo áreas corticais frontais, região parietal e *locus coerulus*, estariam envolvidos no processo.

Estes estudos demonstram que portadores de TDA-H apresentam alterações nos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, que neste caso são deficitários, especialmente na região do lobo frontal.

Segundo Mattos (2001), dentre as funções do lobo frontal estão:

a) Atenção.
b) Capacidade de se estimular para a realização de tarefas.
c) Capacidade de manter estimulação ao longo do tempo, sem perder o interesse.
d) Capacidade de planejar, traçando objetivos e metas.
e) Capacidade de verificar os planos e corrigí-los.
f) Capacidade de selecionar os interesses no momento.
g) Capacidade de controlar o grau de movimento corporal, atos motores.
h) Capacidade de controlar impulsos.
i) Capacidade de controlar emoções.
j) Memória.

Segundo Feimberg e Farah (1997), pode se evidenciar uma diminuição da atividade cerebral na região pré-frontal. A mais nítida evidência de diferenças cerebrais em TDA-H vem da mensuração das funções cerebrais incluindo avaliações eletrofisiológicas, fluxo sangüíneo cerebral regional e fluxo das catacolaminas (dopaminas e noradrenalina). Também foram encontradas evidências em alguns estudos de diferenças estruturais pela tomografia computadorizada. Hynd, Simrud – Clikemen, e Loyrs, (1990), acharam uma assimetria entre o lado direito e esquerdo do lobo frontal em crianças com TDA-H, através de ressonância magnética.

Segundo Castellanos, Giedd, Berquin, Walter, Sharp, Tran, Vaituzis, Blumenthal, Nelson, Bastain, Zijdenbos, Evans e Rapoport (1996), foram detectados por ressonância magnética, alterações condizentes com a disfunção pré-frontal, estriatal direita, com perda de assimetria normal do caudato, menor globo pálido direito, menor região frontal anterior direita, menor cerebelo e reversão da assimetria normal dos ventrículos laterais.

Segundo Rohde (2003), embora os achados com uso de neuroimagem sejam controversos, indicando envolvimento de diferentes estruturas neurobiológicas no TDA-H, observa-se uma concentração de alterações nas vias frontroestriatais, envolvendo o sistema dopaminérgico.

Segundo Rohde (2003), também é de suma importância uma avaliação neuropsicológica das funções cognitivas envolvidas no TDA-H.

Para Barkley (1990), o exame neuropsicológico também pode auxiliar muito o clínico em relação ao diagnóstico.

As funções executivas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, que capacitam o indivíduo ao desempenho de ações voluntárias, independentes, autônomas, auto-organizadas e orientadas para metas específicas. Em conjunto, englobam todos os processos responsáveis por focalizar, direcionar, regular, gerenciar e integrar funções cognitivas, emoções e comportamentos, visando à realização de tarefas simples de rotina e também, à solução ativa de problemas novos (Rohde, 2003).

Segundo Lezak (1995), o sistema de controle executivo é responsável por recrutar e extrair informações de diversos outros sistemas cerebrais (perceptivo, lingüístico, mnemônico, emocional, etc). Os substratos neurais das funções

executivas correspondem aos circuitos frontais, que compreendem a região frontal, em especial pré-frontal, e suas conexões com o córtex posterior e com as áreas subcorticais. Conexões bidirecionais comunicam o córtex pré-frontal com as áreas motoras, o sistema límbico, o sistema reticular ativador e o córtex de associação, o que dá aos sistemas frontais o caráter regulador das funções motivacionais, emocionais, atentivas, perceptivas, cognitivas e do comportamento em geral.

Barkley (1997) abordou o TDA-H como um típico transtorno de funções executivas e propôs um modelo teórico que denominou de modelo híbrido, aplicado apenas aos subtipos que apresentam hiperatividade, não incluindo o subtipo desatento. Nesse modelo, o controle inibitório exerce um papel preponderante, do qual depende o lapso de tempo necessário para que as demais funções executivas se processem de modo harmônico. Essas funções são a memória de trabalho não verbal, a memória de trabalho verbal,a auto-regulação do afeto, da motivação e dos níveis de ativação.

Segundo Rohde (2003), no TDA-H, o comprometimento da memória de trabalho não verbal manifesta-se na dificuldade de manter os eventos em mente, manipulá-los ou agir de acordo com eles. Manifesta-se ainda, na dificuldade de antecipar conseqüências futuras e na diminuição do sentido de tempo e da organização temporal das ações. Os déficits de memória verbal, em pacientes com TDA-H, refletem-se na dificuldade em utilizar auto-instruções verbais para executar os comportamentos. Encontram-se deficitárias as capacidades de reflexão, auto-questionamento, solução de problemas verbais, orientação do comportamento por regras e instruções verbais e a geração de regras, metarregras e planos, assim como o controle do comportamento pelo senso de passado e futuro.

CAPÍTULO 2 - COMORBIDADES

Souza e Pinheiro (2003) definem comorbidade como o termo utilizado para designar a ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo. O TDA-H tem elevada ocorrência que coexiste com as seguintes comorbidades: transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, abuso de substâncias, transtorno de tiques, transtorno de humor (depressivo e bipolar), transtornos ansiosos e transtorno de aprendizado e de linguagem.

Ainda, segundo Souza e Pinheiro (2003), o transtorno desafiador de oposição (TDO) caracteriza-se por um comportamento desafiador, opositivo e implicante em relação às figuras de autoridade, além de humor facilmente irritável. Esse padrão de comportamento gera conseqüências negativas a longo prazo, e está associado a vários marcadores de mau prognóstico na vida adulta. A prevalência do TDO em pacientes com TDA-H, demonstrada em vários estudos, encontra níveis de 35% a 65% de ocorrência simultânea.

De acordo com um estudo de Faraone e cols. (1991), salientou-se o risco três vezes maior de ocorrência de TDO em familiares de pacientes com TDA-H e TDO que em pacientes apenas com TDA-H. Esse estudo também demonstrou que crianças com TDA-H ,mais TDO apresentam maiores taxas de disfunção escolar do que aquelas apenas com TDA-H, estas crianças também demonstram maior impulsividade do que apenas os que apresentam TDA-H.

Souza e Pinheiro (2003) colocam que o transtorno de conduta (TC) caracteriza-se por um padrão de comportamento em que se desrespeitam os direitos básicos dos outros. As alterações de conduta se manifestam não só por desvio

quantitativo do padrão normal de pequenas violações presentes na infância, mas pela presença freqüente de comportamentos francamente anormais, tais como: mentiras freqüentes, fuga de casa, roubo, crueldade com animais e pessoas, ausência não autorizada da escola, abuso sexual. A freqüência estimada dessa ocorrência simultânea entre TDA-H e TC é de 20 a 50% dos casos de TDA-H em amostras clínicas e epidemiológicas.

Pacientes com esta comorbidade apresentam maior risco de desenvolver abuso ou dependência de substâncias psicoativas de uso ilícito.

Segundo Souza e Pinheiro, a comorbidade do TDA-H com abuso de álcool e drogas é de alta prevalência em ambas as condições. O abuso de drogas tem sido correlacionado a dificuldades acadêmicas e sociais além de predispor a condutas antissociais.

Segundo Kessler, McGonagle, Zhao e Nelson (1994), a prevalência do abuso de álcool e drogas é de aproximadamente 10 a 30% na população geral, já a prevalência em indivíduos com TDA-H é significativamente maior.

De acordo com Biederman, Wilens, Mick, Faraone e Stephen (1997) a impulsividade, a baixa auto-estima e o sentimento de incapacidade e desmoralização, presentes no TDA-H, são fatores de risco para a comorbidade com abuso de álcool e de drogas.

De acordo com MacDonald e Achenbach (1996), o fator de risco não seria o TDA-H em si, mas, sim, a comorbidade com transtorno de conduta.

Segundo Souza e Pinheiro (2003), a depressão apresenta-se como fator de risco para o agravamento das dificuldades experimentadas pelos pacientes portadores de TDA-H e é encontrada com grande freqüência em comorbidade com este

transtorno. A depressão na infância expressa-se por humor triste ou irritável, perda de interesse por atividades habitualmente prazerosas, alterações no apetite e no sono, lentificação psicomotora, fadiga fácil, culpa excessiva e eventualmente idéias de suicídio. Em crianças menores, a depressão pode manifestar-se por ausência de crescimento e ganho de peso, adolescentes com depressão podem apresentar alterações de conduta e abuso de álcool e de drogas.

Ainda segundo Souza e Pinheiro (2003), a mania, em adultos, é caracterizada pela presença de humor exaltado, euforia, idéias de grandiosidades e de agitação psicomotora, evoluindo, em alguns casos, para delírios ou alucinações. Em crianças, são observados sintomas mistos, duração mais crônica do que episódica e aumento de irritabilidade e da agressividade, com episódios de explosão de agressividade. Mania e TDA-H podem ocorrer simultaneamente, sendo que em alguns estudos clínicos, até 91% das crianças com diagnóstico de transtorno bipolar preenchem critérios para o TDA-H.

Para Souza e Pinheiro (2003), crianças portadoras de transtornos de ansiedade demonstram medos ou preocupações excessivas, que atrapalham a adaptação acadêmica, social e familiar. Crianças com ansiedade mostram-se muito preocupadas quanto ao seu desempenho em situações acadêmicas, familiares e sociais. Costumam queixar-se de cefaléias e dores na barriga. Dificuldades no sono são relatadas com freqüência.

De acordo com Biederman e cols. (1991) em estudos com amostras clínicas, a prevalência de ansiedade em crianças portadoras de TDA-H alcançou de 30 a 40% das amostras.

Segundo Souza e Pinheiro (2003), o TDA-H apareceu com uma freqüência muito maior em pacientes com transtorno de tiques do que na população normal. Os tiques são movimentos ou vocalizações "repentinas, rápidas, recorrentes, não rítmicas, estereotipadas". Os transtornos de tiques podem ser divididos em transtorno de Tourette, tique motor crônico, tique vocal crônico e transtorno do tique transitório: O transtorno de Tourette acarreta a existência de diversos tiques motores e pelo menos um tique vocal, que ocorre por no mínimo um ano. Estima-se que cerca de 60% das crianças com transtorno de Tourette tenham também TDA-H.

Estudos longitudinais sugerem que dificuldades com hiperatividade – inpulsividade podem emergir primeiro, seguido por sintomas de desatenção (Loeber, Green, Lahey, Christ & Frick, 1992). Isto implica em que o sub-tipo hiperativo – impulsivo pode ser o precursor no desenvolvimento do tipo combinado. O sub-tipo inatentivo emerge mais tarde do que os dois outros subtipos (Applegate, Laheg, Hart, Waldmen, Biederman, Hynd, Barkley, Ollendlick, Frick, Greenhill, McBurnett, Newcorn, Kerdyk, Garfinkel & Shaffer, 1997).

O tipo combinado (TDA-H-C) é associado com mais sintomas do transtorno em geral, e especificamente mais comportamentos hiperativos-impulsivos e é mais associado a fatores de risco mais precoces de comportamentos antissociais e suas conseqüências (rejeição, crime, uso de drogas, problemas disciplinares e escolares, detenções e outros) (Mesman, Bongers e Koot, 2001; Maffitt & Caspi, 2001; Patterson, Degarmo, & Knutson, 2000). Nos casos de subtipo inatentivo (TDA-H-I) pode-se observar a coexistência de transtorno desafiador-opositor, desordens de conduta e interações pobres (Foraone e cols., 1998; Hodgens, Cole & Boldizar, 2000; Milich, Balentine & Lynon, 2002). Em um amplo estudo feito por Millstein, Wilens,

Biederman e Spencer (1997) do total de casos de TDA-H, foi encontrado que 56% dos pacientes foram classificados como do tipo combinado (TDA-H-C), 37% como do tipo inatentivo (TDA-H-I) e apenas 2% como do tipo hiperativo-impulsivo (HI). Comorbidades foram encontradas mais comumente entre os tipos TDA-H-C e HI. O transtorno desafiador-opositor, com dependência de substâncias e abuso de drogas foi mais proeminente no tipo combinado relativamente ao tipo inatentivo.

O TDA-H em adultos apresenta mais riscos de desordens comórbidas quando associado à conduta antissocial e suas conseqüências (elevado índice de detenções, mudanças freqüentes de empregos, problemas ao dirigir) (Barkley, Fischer, Edelbrork & Smallish, 1990).

No grupo de adolescentes e crianças com TDA-H, apresentou-se um elevado índice de abuso de substâncias comparado a um grupo controle (Barkley & cols., 1990). Neste mesmo estudo, o uso de drogas foi fortemente ligado ao desenvolvimento do transtorno de conduta, sugerindo que o uso de drogas por adolescentes e o TDA-H são fatores de risco. Aproximadamente um terço dos adolescentes em tratamento por abuso de drogas apresentou substancial sintomatologia para o TDA-H (37% meninos, 17% meninas). Trinta por cento dos adolescentes usuários de álcool exibem problemas de atenção e comportamentos característicos para diagnóstico do TDA-H.

O TDA-H tipicamente ocorre primeiro seguido do transtorno de conduta e geralmente o uso de substâncias começa pelo álcool ou tabaco, seguido por maconha e outras drogas. A dependência do álcool começa significativamente mais tarde do que o primeiro episódio de TDA-H ou do transtorno de conduta e bem mais tarde do que o uso do tabaco.

Kuperman, Schlosser, Kramer, Bucholz (2001), monstram que a delinqüência juvenil está associada a transtornos de conduta na infância e a variedades de psicopatologias no adulto (incluindo alcoolismo e abuso de substâncias). Rydelius (1983), no estudo com adolescentes suíços encontrou comportamentos agressivos, pobre controle de impulsos, inquietação, dificuldades de concentração mais do que em adultos usuários de álcool. O comportamento impulsivo pode ser colocado como a causa primária da dependência de álcool. Ainda não está claro em estudos, mas é necessário refletir sobre uma transmissão genética, influências parentais precoces, ou a combinação de ambos neste problema.

Os mais recentes estudos indicam que entre 15% e 35% dos adultos com abuso de substâncias apresentaram TDA-H quando crianças e continuaram a reportar sintomas de inatenção e hiperatividade quando adultos. Já na fase adulta, o TDA-H apresenta sintomas mascarados associados a desordens do uso de substâncias psicoativas.

Evidências indicam que o abuso de substâncias se desenvolve em adolescentes que apresentam o TDA-H, em média, três anos antes do que em indivíduos que não apresentam o transtorno. As dificuldades psicossociais que pessoas portadoras de TDA-H encontram contribuem para o aumento da vulnerabilidade do uso de drogas. Por isso a necessidade de um tratamento multimodal, envolvendo tratamento medicamentoso, psicológico e que envolva os fatores sociais.

Similarmente aos adultos com severa dependência de substâncias, uma grande proporção de adolescentes (35 – 85%) retornam ao uso de drogas e álcool mesmo após tratamento, de acordo com estudos citados por Whitmore, Mikulich,

Ehlers, Crowley, (2000). A criminalidade e outras desordens comórbidas geralmente declinam com o tempo de tratamento conforme pesquisas dos mesmos autores.

O levantamento de estudos sobre comorbidades é muito importante para o presente trabalho, que pretende, exatamente, averiguar se é possível encontrar correlação entre o TDA-H e uso de drogas e com que prevalência isto ocorre.

Para Souza e Pinheiro (2003) tal comorbidade pode acarretar dificuldades na vida do indivíduo, nas áreas acadêmicas e sociais. De acordo com Biederman e Cols. (1997), as dificuldades geradas pelo TDA-H, são os fatores de risco para a comorbidade com uso de drogas.

O índice de prevalência para Kessler e Cols. (1994), é mais alto em portadores de TDA-H do que na população em geral.

Souza e Pinheiro (2003) também citam outras comorbidades com o TDA-H, tais como depressão, transtorno de conduta e ansiedade que aumentam a correlação com uso de drogas.

Todos estes dados, foram de suma importância para o desenvolvimento desta pesquisa.

CAPÍTULO 3 - USO DE DROGAS

Segundo Ribeiro, Teixeira, Alves e Ronzani (2000), o uso de substâncias psicoativas vem aumentando nas últimas décadas e seu uso tem início cada vez mais cedo na vida do indivíduo, podendo assim aumentar os riscos de futuros problemas relacionados ao uso destes.

De acordo com Laranjeira e Surjan (2001), o abuso destas substâncias constitui-se em um dos principais problemas de saúde pública em nosso país. O seu consumo acarreta diversos danos físicos, psicológicos e sociais, estando também relacionado à criminalidade, baixo rendimento escolar, prejuízos no trabalho e nas relações inter-pessoais.

A adolescência representa um período importante de vulnerabilidade para o início do consumo de substâncias psicoativas. O jovem nesta fase, tende a aceitar menos orientações, está testando o controle sobre si mesmo, afasta-se da família e aproxima-se de grupos de iguais, aonde o uso de substâncias torna-se cada vez mais freqüente (Nicastri & Ramos, 2001).

Ainda de acordo com Nicastri e Ramos (2001), os dados epidemiológicos mais recentes sobre consumo de drogas entre estudantes da rede pública em dez capitais brasileiras, indicam que o álcool já foi consumido uma vez na vida por 65,0% a 80,8%, o tabaco por 26,7% a 44,1% e outras drogas por 19,0% a 30,5% dessa população. Evidências também apontam para a precocidade na experimentação dessas substâncias em nosso país, com algum uso na faixa etária entre 10 à 12 anos: 51,2% para o álcool, 11,0% para o tabaco e 11,7% para outras drogas. Estudos

demonstram um aumento estatisticamente significante no consumo de maconha, anfetaminas e cocaína.

Segundo Ribeiro e cols. (2000), considera-se que abusadores e dependentes de substâncias psicoativas sejam portadores de síndromes variáveis, ocorrendo múltiplas associações entre o abuso e a dependência de substâncias psicoativas e diferentes condições clínicas, psiquiátricas e de personalidade.

De acordo com Seibel (2001), são inúmeros os quadros clínicos mascarados pelo uso ou dependência de substâncias psicoativas, nem sempre com diagnóstico claro e preciso.

Para Scivoletto e Morihisa (2001), 89% dos adolescentes com problemas ligados às drogas tem pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico associado, mas apenas 28% dentre estes jovens que consomem drogas procuram ajuda médica para problemas emocionais ou psiquiátricos outros que não o uso de substâncias psicoativas. Dentre estas principais comorbidades encontra-se o transtorno de conduta nos meninos e depressão nas meninas. Pacientes portadores de déficit de atenção e hiperatividade encontram-se em maior risco de apresentarem transtorno por uso de substâncias (TUS), independente da presença ou não de outras comorbidades.

As causas de uso de drogas ainda não são bem conhecidas, mas em algum momento da vida, o ser humano pode sentir o desejo de experimentar os efeitos estimulantes ou sedativos das drogas. Alguns indivíduos podem experimentar drogas e deixar de usá-las, sem estabelecer com elas um vínculo que vá além da experiência. Outros fazem uso enquanto a droga está disponível, quando o ambiente é favorável, mas não existe uma procura ativa e a pessoa consegue manter um equilíbrio na vida

social (escolar, relação familiar, social, afetiva, atividades esportivas e sexuais). Já para outros, o uso continuado da droga passa a representar conseqüências negativas, caracterizando quadro de abuso (Seibel, 2001).

Quando uma pessoa passa a depender do efeito e sente desconforto na ausência da substância, quando faz uso no sentido de aumentar seu conforto psicológico, não se importando com demais interesses da vida, instala-se a dependência; que é a busca do prazer, não importando como (Lourenço, 2001).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994), um padrão mal adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância é considerado abuso.

De acordo com a classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10) da Organização Mundial de Saúde, a síndrome de dependência é:

> um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância, ou de uma classe de substâncias, alcança uma prioridade muito maior por um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor (CID-10, p. 313)

Ainda segundo os parâmetros da OMS (Organização Mundial da Saúde), uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo, algumas vezes irresistível, de consumir substâncias psicoativas, também incluindo o álcool e o tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância leva a um

reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que ocorre com indivíduos não dependentes.

Segundo Laranjeira e Surjan (2001), para melhor entendermos a diferenciação entre "uso" e "abuso" e "dependência" é necessário entendermos alguns conceitos importantes. Entende-se como "uso" qualquer consumo de substâncias, independente da freqüência ou da intensidade (incluindo-se o uso esporádico ou episódico); "abuso" ou "uso nocivo" como consumo associado a conseqüências adversas recorrentes e significativas, mas que não preencha os critérios para dependência. Já o consumo excessivo e constante é uma condição necessária para o começo da dependência. A "dependência" se instala quando o ato de usar uma droga, deixou de ter uma função social e de eventual prazer e passou a ser disfuncional. A pessoa progressivamente perde a liberdade de decidir se quer ou não beber ou usar certa droga e é a própria dependência que passa a determinar quando usar a substância.

Segundo Seibel e Toscano Junior (2001), o "uso arriscado" é um padrão do uso de substâncias psicoativas que aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário. Refere-se a padrões de uso significativos para a saúde pública, apesar da ausência momentânea de qualquer transtorno atual ao usuário. O "Uso Disfuncional", "é o uso de substâncias psicoativas que causa prejuízo em funções psicológicas e/ou sociais; como perda de emprego, conflitos conjugais, etc." O "uso experimental" "é o uso de substâncias psicoativas, restrito a poucos episódios, em geral, e de uma droga específica.

Para Lourenço (2001), podemos usar algumas definições para o usuário de drogas. "O experimentador", quando o primeiro contato ocorre geralmente por

curiosidade, por incentivo de amigos, para a aceitação em um grupo, ou mesmo, por sentir necessidade de sensações novas. "Usuário ocasional (recreativo)" geralmente utiliza-se da droga quando está disponível e o ambiente é favorável, mas não existe uma procura ativa. "Usuário Regular" (Habitual) utiliza-se da droga ainda de uma forma controlada, mas já se pode observar uma certa regularidade e alterações no relacionamento afetivo, familiar, social e profissional. "Dependente" (toxicômano), mantém um vínculo muito primitivo com a droga, vive em função dela e é considerado um doente grave.

Segundo o Cid-10 (p. 314), a "Síndrome de Abstinência":

> é o conjunto de sintomas de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativa que vinha sendo usada repetidamente e em geral após um longo período e/ou em altas doses.

A palavra "droga", de etimologia controversa, pode ter vindo do persa "droa" que significa odor aromático; do hebraico "Rakab", perfume; ou do holandês "droog", substância ou folha seca (Seibel & Toscano Júnior, 2001). Para Requião (2001-2002), especialista em drogadição, droga é toda substância farmacologicamente ativa sobre o sistema nervoso central (SNC) que, introduzida em um organismo vivo pode chegar a produzir alterações de comportamento. São incluídos determinados medicamentos capazes de produzir dependência; substâncias de uso legal como tabaco e álcool e substâncias de uso doméstico ou industrial como os solventes voláteis.

Segundo Requião (2001-2002), as drogas podem ser classificadas como:

1) Depressores de Atividade Central.

- Álcool
- Soníferos
- Ansiolíticos
- Opiáceos (naturais, sintéticos, semi-sintéticos)
- Solventes e
- Inalantes

2) Estimulantes da Atividade Cerebral

- Anfetaminas
- Tipo anfetaminas
- Cocaína
- Cafeína e outros

3) Perturbadores da Atividade Cerebral

- De origem vegetal
  . mescalina (do cacto)
  . THC (da maconha)
  . Psilocibina (de cogumelos)
  . "Lírio", "trombeteira", "saia branca"
  "Santo Daime"
- De origem sintética
  . LSD-25; êxtase (ecstasy)
  . Anticolinérgicos

Seibel e Toscano Junior (2001) apresentam cinco grupos de substâncias modificadoras da atividade psíquica:

Primeiro Grupo

Euphorica (Calmantes da vida psíquica), são agentes que "diminuem e eventualmente suspendem as funções da emotividade e da percepção no sentido maior do termo, em todos os níveis, tanto com conservação, tanto com redução ou supressão da consciência, colocando o indivíduo em um estado agradável de bem-estar físico e psíquico, com liberação dos estados afetivos". Ao qual pertence o ópio e seus compostos (morfina, codeína, heroína, etc.), assim como a coca e a cocaína.

Segundo Grupo

Phantastica (Agentes Alucinógenos), esta série compreende um conjunto de substâncias de origem vegetal, muito diferentes por sua composição química, denominado phantastica, ou agente das ilusões. Levam a uma excitação cerebral evidente, também manifestada sob a forma de deformações de sensações, de alucinações, ilusões e visões. Das quais pertencem o peiote (Anhalonium Lewinii) e o cânhamo indiano (Cannabis índica).

Terceiro Grupo

Inebriantia (substâncias embriagantes) são corpos acessíveis aos meios da síntese química, como álcool, clorofórmio, éter, benzina. Após uma primeira fase de excitação cerebral dá lugar a uma depressão da excitabilidade, podendo ocorrer supressão temporária da consciência

Quarto Grupo

Hypnotica, são agentes do sono, tais como cloral, veronal, sulfonal, Kawa-Kawa.

Quinto Grupo

Excitantia (Estimulantes Psíquicos), são substâncias de origem vegetal, que levam a um estado de estimulação cerebral, sem alteração da consciência, percebida subjetivamente, com manifestações mais ou menos acentuadas. A este grupo pertencem substâncias de plantas que contêm cafeína, tabaco, betel.

Requião (2001-2002) e Seibel e Toscano Jr. (2001), mostram as características das drogas: cocaína, craque e maconha.

a) Cocaína

Natural da planta Erythroxylon coca; constitui-se em um estimulante do sistema nervoso central. Seu uso pode ser pela forma aspirada, mascada ou injetada. A ação da cocaína atinge o SNC em dois a três minutos, durando até duas horas. Pode apresentar-se sob a forma de pasta de coca, pó e craque.

Os efeitos da cocaína no cérebro são:

- Euforia, sensação de poder
- Inquietação, excitação, insônia
- Falta de apetite, hipervigilidade
- Diminuição do cansaço
- Ataques de pânico
- Alucinações auditíveis e tácteis
- Idéias de perseguição.

Efeitos da cocaína no corpo:

- Dilatação da pupila
- Taquicardia

- Boca seca, reflexos aumentados
- Tremores de extremidades
- Pulso rápido.

B) Craque

É uma substância simpaticomimética obtida da cocaína por processo químico, é um estimulante do sistema nervoso central. Seu uso é feito através de fumo em cachimbos especiais. Sua ação atinge o SNC em cinco a dez segundos, durando de 15 a 20 minutos.

Seus efeitos no cérebro são:

- Intensa euforia e sensação de poder
- Excitação, insônia, desorientação
- Labilidade emocional
- Diminuição da sensação de cansaço
- Sensação de flutuar
- Aumento do estado de alerta.

Seus efeitos no corpo são:

- Aumento repentino de pressão arterial
- Dilatação da pupila
- Pulso rápido, boca seca, sudorese
- Hipertermia, vasoconstrição
- Evidências de uso pela via de administração.

c) Maconha

É uma substância natural da Cannabis Sativa, perturbadora do SNC. Seu uso pode ser feito pela forma oral, fumada ou ingerida. Sua ação obtém pico plasmático em 10 minutos até 30 minutos. Pode apresentar-se sob a forma de haxixe, óleo de haxixe.

Seus efeitos no cérebro dependem das expectativas do usuário e são:

- Euforia, relaxamento, aumento do apetite, alteração do senso crítico.
- Alteração da noção de tempo e distância, risos imotivados
- Prejuízos da memória recente
- Desmotivação.

Seus efeitos no corpo são:

- Tremores de frio, taquicardia
- Hiperemia conjuntival, boca seca
- Náusea, cefaléia, azoospermia
- Diminuição da força muscular.

A seguir encontram-se outras drogas, como: nicotina, álcool e inalantes, abordados por diversos autores:

Nicotina

Os modos de ação e os efeitos da nicotina são apresentados por Saimdemberg (2001). Tanto a nicotina quanto a acetilcolina interagem com os

receptores enzimáticos colinérgicos do sub-tipo nicotínico. Estes estão presentes no sistema nervoso periférico e em diversas áreas do sistema nervoso central.

A tolerância à nicotina é um efeito rapidamente atingido, tão logo se começa a fumar, precisando de quantidades maiores de nicotina para se conseguir o mesmo efeito inicial.

Os efeitos produtores da dependência de nicotina são modulados possivelmente pela dopamina. A nicotina também aumenta a liberação de norepinefrina, epinefrina e serotonina, o que levam aos estímulos agradáveis da nicotina.

A nicotina melhora o desempenho em tarefas de longa duração, fatigantes e de baixo poder motivador. Reduz a raiva e estabiliza o humor; reduz a fome e a ingestão de alimentos e aumenta o ritmo metabólico.

O uso de nicotina, como a maioria das substâncias, começa devido ao reforço social. Alguns transtornos aumentam o risco de se iniciar e manter o uso de cigarros, tais como o Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Transtorno de Conduta, baixo desempenho escolar, sintomas depressivos e reduzida auto-estima. O uso do tabaco também tem sido associado a propensões genéticas.

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994), os transtornos relacionados a nicotina, foram classificados como transtorno pelo uso de nicotina, dependência de nicotina, transtorno induzido pela nicotina, quadro de abstinência de nicotina e transtorno relacionado ao uso de nicotina.

Álcool

Ainda segundo Saidemberg (2001) o álcool é provavelmente a droga da era neolítica. O álcool é uma substância com efeitos puramente depressores sobre o

sistema nervoso central e seus efeitos são, paradoxalmente, estimulantes ou euforizantes, o que o torna uma bebida promotora de animação e desinibição. Se ingerida em doses mais altas poderá levar a inconsciência, ou seja, pode agir como um anestésico geral.

O álcool tem uma aceitação social alta, principalmente no mundo ocidental, seja por um consumo moderado e ocasional, ou em comemorações em que pode ser utilizado de forma excessiva. Portanto, não se torna fácil fazer a diferenciação entre o beber social, o uso abusivo e nocivo e sua síndrome de dependência.

Inalantes

De acordo com Seibel e Toscano Junior (2001) alguns vapores químicos respiráveis podem produzir efeitos psicóticos, que levam a alteração da percepção.

É comum o uso abusivo destas substâncias pela facilidade de sua obtenção e por serem baratas. Dentre estas substâncias, os compostos mais comuns são a "cola de sapateiro", "lança-perfumes", cola, removedor de esmalte, tinner, gases anestésicos como éter e o clorofórmio.

A absorção pulmonar destes compostos é rápida. A maioria destes inalantes é eliminada do organismo, parte inalterada, pelo ar espelido e parte pela urina após sofrer biotransformação.

A intoxicação pode durar apenas alguns minutos ou várias horas, caso o uso seja sucessivo. O efeito inicial é de euforia, tontura, distúrbios visuais e auditivos, fotofobia, náuseas, vômito e comportamento bizarro. A segunda fase da intoxicação é caracterizada por depressão, com confusão, desorientação, perda de autocontrole,

diplopia, visão turva e intensa, inconsciência, delírios, estupor, convulsões, epilepsia e alterações no sistema nervoso central.

Podem também ser observados distúrbios neurológicos permanentes após uso crônico destas substâncias.

Tais compostos podem ocasionar danos irreversíveis ao sistema nervoso central.

A rápida abordagem, deste capítulo, sobre uso de drogas, tem o objetivo de nos fornecer um panorama sobre as drogas de uso mais comum em nossa população, especialmente para a faixa etária que corresponde à adolescência. Se procuramos estabelecer uma correlação entre o uso destas e o TDA-H, é preciso ter um ligeiro conhecimento do mecanismo de ação de cada uma das drogas usadas no levantamento de dados desta pesquisa.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi o de levantar indicadores de co-morbidade entre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDA-H) e uso de drogas.

Na tentativa de alcançar tal objetivo, foi elaborado um questionário baseado nos critérios do DSM-IV (1994) e outros autores citados nesta pesquisa, com a finalidade de detectar o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Procurou-se também averiguar a sua forma prevalente: "forma hiperativa / impulsiva", ou forma "desatenta" ou forma "combinada"

O questionário procurou ainda responder se há ou já houve uso de algum tipo de droga pelo sujeito portador do TDA-H, de maneira regular.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DE PESQUISA

O problema levantado por esta pesquisa foi o de estabelecer se existe ou não a comorbidade entre o transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade e Uso de Drogas.

Para alcançarmos tal objetivo, foi elaborado um projeto de investigação, que levou a necessidade de estabelecer um instrumento de pesquisa que pudesse fornecer dados necessários para tal. Foi, então, elaborado um questionário que baseou-se em critérios internacionais estabelecidos pelo DSM-IV, para diagnóstico do TDA-H. Procuramos em primeiro lugar, detectar os casos da presença de sintomas do transtorno e de sua forma prevalente e então, correlacionarmos à presença de uso de algum tipo de substância de forma regular.

Este instrumento procurou transformar os critérios do DSM-IV em um questionário e foram acrescidos outros sintomas, citados por outros autores, visando complementar a sintomatologia presente em casos de TDA-H e descritas na literatura.

Para embasar este trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, abordando especialmente os temas de interesse, que foram: a conceituação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, sua incidência, suas causas, comorbidades correlativas e uso de drogas.

A amostragem da pesquisa, foi composta por 113 sujeitos, oriundos de uma população natural; ou seja, que não fosse de uma população específica.

Também foram aplicados quatro testes "piloto", usando uma amostragem menor, de em média dez sujeitos, com o objetivo de testar o instrumento e podendo assim, à cada vez modificá-lo e melhora-lo até a sua forma definitiva.

Os resultados da aplicação deste instrumento foram o objeto de nossa discussão e considerações finais.

4.1. Participantes: participaram desta pesquisa 113 indivíduos. Sendo 111 questionários válidos e dois inválidos, por terem sido respondidos de maneira incorreta e inviabilizando a pontuação dos mesmos. Destes 111 indivíduos, 64 são do sexo feminino, 46 do sexo masculino e um indivíduo não se identificou quanto ao sexo e idade. A idade dos participantes variou entre 13 anos e 54 anos, sendo que a média foi de 20,69 anos e desvio padrão de 9,4.

Estes participantes são oriundos de duas escolas públicas e uma clínica particular de neurologia. Sendo 63 de ensino regular, correspondendo a uma turma de 8ª Série do ensino fundamental, uma turma de 2ª Série do ensino médio e uma turma de 3ª Série de ensino médio, 46 participantes são de uma turma do Projeto CEBEJA, de ensino fundamental e três são oriundos de clínica particular.

4.2. Local – As escolas participantes foram escolhidas de acordo com critérios aleatórios, apenas por comodidade e proximidade, sendo que em uma delas havia um professor conhecido que gentilmente ofereceu-se em dispor de sua turma. A outra escola foi escolhida pela proximidade do local de residência da pesquisadora, escola esta, que interessou-se muito pelo tema da pesquisa e dispôs três turmas para participar do estudo.

Uma das escolas cedeu 63 alunos de ensino regular (com idades entre 13 e 20 anos) oriundos de três turmas escolhidas pela coordenadora, pela facilidade de horários.

A outra escola cedeu 46 alunos, oriundos de uma turma do Projeto CEBEJA (com idades entre 16 e 54 anos), turma esta escolhida pelo professor já mencionado. Este Projeto CEBEJA, corresponde ao antigo MOBRAL, que oferece ensino de maneira compacta aos alunos que não puderem cursar o curso regular, por diversos motivos.

Os quatro pacientes particulares da clínica neurológica, são pacientes que fazem acompanhamento neurológico e/ou psicológico e que já tinham a suspeita de quadro clínico de Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade.

4.3. Instrumento – Foi utilizado um questionário (Anexo 2), elaborado pela pesquisadora, baseado nos critérios do DSM-IV (1994) e de outros autores citados nesta pesquisa, para a coleta de dados.

O questionário é composto por 35 questões, subdividido em quatro partes, sendo estas: "Parte A" relativa a sintomas de "hiperatividade / impulsividade", que procura levantar a existência destes sintomas; composta por 12 questões, sendo que a questão 8 subdivide-se em dois itens c a questão 11 em três itens. "Parte B", relativa a sintomas de desatenção, que procura levantar a existência destes, composta por 11 questões, sendo que a questão 22 subdivide-se em três itens. "Parte C", relativa ao "uso de drogas", que tem como objetivo detectar se já houve ou há o uso de maneira regular (sem a necessidade de haver abuso ou dependência) de algum tipo de droga; esta parte é composta por cinco questões, sendo que a questão 26 subdivide-se em

sete itens e a questão 29 em dois itens, quanto a questão 27 é inexistente devido a um erro de digitação e foi excluída da avaliação e pontuação. "Parte D", relativa a informações gerais complementares sobre o TDA-H, é composta por sete questões, que não foram avaliadas quantitativamente, apenas fornecem dados complementares à pesquisa, sobre diagnóstico, tratamentos e antecedentes familiares.

Quanto à correção do questionário, foi feita da seguinte forma:

Para cada questão foi atribuído um valor, o qual não é conhecido pelo respondente. Ao final, foi totalizado o número de pontos para cada parte do questionário e foi feita uma correlação entre questões relativas às formas do transtorno (Parte A, Parte B, Parte A + B para forma combinada) e questões relativas ao uso de drogas (Parte C). A última parte do questionário, "Parte D", as questões foram corrigidas de forma qualitativa, apenas coletando informações relevantes para complementar a pesquisa.

Para as respostas foram atribuídas os seguintes valores: "Muito freqüente", "Às vezes" e "Não é comum".

Sendo considerado que "Muito freqüente" corresponde a ocorrência do comportamento mais de seis vezes em 10 situações citadas. "Às vezes" em 10 situações, este comportamento ocorre de quatro a seis vezes. E por "Não é comum" a ocorrência é de menos de quatro vezes em 10 situações.

A pontuação atribuída à cada questão encontra-se na Tabela 1, Tabela 2 e Tabela 3.

- Parte A (Hiperatividade / Impulsividade)

Tabela 1: Pontuação da parte A do questionário de Hiperatividade.

QUESTÕES	MUITO FREQUENTE	ÀS VEZES	NÃO É COMUM	TOTAL
1	2	0	0	2
2	2	0	0	2
3	2	0	0	2
4	2	0	0	2
5	2	0	0	2
6	2	0	0	2
7	2	0	0	2
8	A) 0	0	2	
	B) 0	0	2	4
9	0	0	2	2
10	0	0	2	2
11	A) 2	0	0	
	B) 2	0	0	
	C) 2	0	0	6
12	2	0	0	2
			TOTAL PARTE A	**30 pontos**

- Parte B (Desatenção)

Tabela 2: Pontuação da parte B do questionário de Hiperatividade.

QUESTÕES	MUITO FREQUENTE	ÀS VEZES	NÃO É COMUM	TOTAL
13	2	0	0	2
14	2	0	0	2
15	2	0	0	2
16	2	0	0	2
17	2	0	0	2
18	2	0	0	2
19	2	0	0	2
20	2	0	0	2
21	2	0	0	2
22	A) 2	0	0	
	B) 2	0	0	
	C) 2	0	0	6
23	2	0	0	2
			TOTAL PARTE B	**26 pontos**

- Parte C (Uso de Drogas)

Tabela 3: Pontuação da parte C do questionário de Hiperatividade.

Questão	Pontuações	Total
24	1 a 7	7
25	2 ou 0	2

Questão 26 (opções):

a) Álcool

diariamente, mais de uma vez por semana, semanalmente – 2 pontos

mensalmente - 1 ponto

ocasiões especiais - 0 ponto

2

b) Nicotina não fuma fuma – 2 pontos

0 2

c) Maconha

diariamente, mais de uma vez por semana, semanalmente – 2 pontos

mensalmente - 1 ponto

ocasiões especiais - 0 ponto

2

d) Craque

diariamente, mais de uma vez por semana, semanalmente – 2 pontos

mensalmente - 1 ponto

ocasiões especiais - 0 ponto

2

e) Cocaína

diariamente, mais de uma vez por semana, semanalmente – 2 pontos

mensalmente - 1 ponto

ocasiões especiais - 0 ponto

2

f) Solventes e Inalantes

diariamente, mais de 1 vez/semana, semanalmente – 2 pontos

mensalmente – 1 ponto

ocasiões especiais – 0 ponto

Total – 2 pontos

Tabela 4: Pontuação das questões 28 e 29 do questionário de Hiperatividade.

QUESTÕES	MUITO FREQUENTE	UM POUCO	NÃO É COMUM	TOTAL
28	2	0	0	2
QUESTÕES	MELHOROU	PIOROU	NÃO MODIFICOU	TOTAL
29	A) 1	1	0	
	B) 1	1	0	1
			TOTAL PARTE C	**23 pontos**

- Parte D (Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade)

Questões de nº 30 a 36, foram avaliadas de forma qualitativa.

Para se detectar o transtorno e sua forma prevalente, é necessário alcançar os seguintes escores:

Parte A – Hiperatividade / Impulsividade: Alcançar 12 pontos na totalização, sendo rigorosamente necessário responderem de forma positiva as questões 11 e 12.

Parte B – Desatenção: Alcançar 12 pontos na totalização sendo necessário responder de forma positiva as questões 22 e 23.

Parte C – Uso de Drogas: Alcançar quatro pontos na totalização, bastando responder de forma positiva o uso de pelo menos uma das drogas citadas, que não seja de uso ocasional.

4.4. Procedimentos – a pesquisadora obteve autorização por escrito dos participantes e responsáveis, para que pudessem participar do preenchimento de um

questionário para a realização da pesquisa (Anexo 1). No caso da aplicação em escolas, foi pedido autorização aos diretores das mesmas, além da autorização individual. Já, com os pacientes da clínica particular, foi obtida a autorização de seus responsáveis clínicos, além da autorização individual.

O objetivo do questionário foi esclarecido, antecipadamente aos sujeitos, utilizando-se de engodo apenas quanto ao termo, "Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade", colocado como uma investigação do processo de atenção, para que estes não se sentissem de alguma forma discriminados por serem portadores de um transtorno. O termo "drogas" também foi substituído por "substâncias", no sentido de diminuir o impacto sobre estes indivíduos.

A aplicação do questionário foi de forma coletiva em salas de aula, embora tivessem sido atendidas às dúvidas de forma individual. Foi aplicado de forma que, à cada pergunta era esclarecida e esperada a resposta, antes que se prosseguisse para a próxima questão, diminuindo, assim, a possibilidade do não entendimento do que era requisitado.

Houve apenas dois casos, em que o questionário foi preenchido de forma inadequada, com os sujeitos marcando todas as opções de respostas e invalidando assim a correção.

No caso dos pacientes particulares da clínica, o questionário foi aplicado de forma individual, sendo esclarecidas as dúvidas à cada questão.

A duração da aplicação do questionário, em turmas do ensino regular, foi de 30 a 40 minutos; na turma do Projeto CEBEJA a média foi de 60 minutos e em pacientes particulares, de aplicação individual, o período aproximado foi de 20 minutos.

Na turma do Projeto CEBEJA, todos os alunos prontificaram-se em responder ao questionário, já nas turmas de ensino regular, houve um caso na turma de 2ª Série do ensino médio e um caso na 3ª série do ensino médio que se recusaram a participar.

Foi estabelecido com as escolas, que se houver interesse, poderão ter acesso ao resultado final da pesquisa, que também foi colocado à disposição dos pacientes particulares.

No caso das duas escolas, foi pedido por estas, a apresentação de uma palestra sobre o TDA-H para aquelas comunidades, em tempo posterior, por acharem de relevância o tema para professores, pais e alunos.

Após pesquisa de campo, os dados extraídos da amostra passaram pelas seguintes análises:

1. Análise estatística com utilização do software SPSS11.0 (SPSS, Inc, 1994).

- Caracterização da amostra, considerando idade, gênero, subgrupos (Projeto CEBEJA, Ensino Regular, Pacientes).
- Foi realizado o teste T, para verificar a hipótese de que o tipo de resposta dada para o questionário não dependesse do sexo e da idade do respondente.
- Foi aplicado o teste ANOVA, para verificar a hipótese de que o tipo de resposta dada ao questionário não dependesse da proveniência do respondente.
- Foi aplicado o teste post-hoc de Tukey para demonstrar o perfil dos sub-grupos, considerando os subtipos de TDA-H.
- Foi realizada a estimativa da validade do questionário, através da consistência interna das subdivisões das partes do questionário através do Alpha de Crombach.

- Foi aplicado o teste Kaiser-Méier ao questionário, com o objetivo de averiguar se a amostra utilizada poderia ser utilizada por um trabalho posterior de análise.
- Foi aplicado um teste de esfericidade "Barlett", para verificar se as variáveis estão relacionadas entre si.

Foi realizada uma análise fatorial.

RESULTADOS

Os dados foram analisados quantitativamente conforme pontuação atribuída ao questionário e correlação entre as questões, categorizadas em "hiperatividade / impulsividade", "desatenção" e "uso de drogas". As questões pertencentes a "parte D", relativas a dados gerais sobre o transtorno de déficit de atenção / hiperatividade foram usadas apenas como informações complementares.

Para a pontuação usou-se o critério de seis sintomas para cada parte (Parte A e Parte B), totalizando 12 pontos para cada uma destas. Para a "Parte C" foi totalizado um número de quatro pontos, descrevendo o uso de pelo menos uma substância, dentro de um período regular de pelo menos uma vez por mês. Na "parte D" foram levantadas informações sobre diagnósticos, com que idade foi feito, se já houve algum tipo de tratamento e se existem antecedentes familiares.

O critério de seis sintomas foi escolhido de acordo com o DSM-IV, usado para crianças, já que a população de amostra era predominantemente de adolescentes (77,4 %) de 13 anos aos 21 anos; o segundo critério usado pelo DSM-IV, de quatro sintomas, refere-se à população adulta. Portanto, foi adotado critério de seis sintomas, também por este estabelecer um indicativo mais seguro de TDA-H, mesmo em adultos.

Conforme os critérios citados acima, foi encontrado na população pesquisada, os seguintes resultados: 10 casos de TDA-H, de forma prevalente "hiperativa/impulsiva", totalizando 9% desta população. Para a forma prevalente "desatenta", foram encontrados 16 casos correspondendo a 14,4% da população pesquisada.

Na forma prevalente "combinada", aonde deve haver pontuação para seis sintomas em cada uma das formas anteriores (forma "hiperativa/impulsiva" e "desatenta") foram detectados cinco casos, correspondendo a um total de 4,5% da população de amostra.

Quanto a correlação entre as variáveis "uso de drogas" e forma prevalente do transtorno, encontramos os seguintes índices: quatro casos de correlação entre forma "hiperativa/impulsiva" e uso de drogas, correspondendo a um total de 3,6% dos casos pesquisados, também quatro casos de correlação entre forma "desatenta" e "uso de drogas", ou seja, 3,6% da amostra pesquisada. Já, na correlação entre forma "combinada" e "uso de drogas", o índice levantado foi de três casos, totalizando 2,7% dos casos da amostra.

O total de casos que apresentam qualquer uma das formas de TDA-H é de 31 casos, correspondendo a 9,3% da população da amostra.

De acordo com a literatura citada anteriormente nesta pesquisa, os índices deste transtorno na população é para alguns de 1 a 7% e para outros de 3 a 5%. O índice ligeiramente elevado, demonstrado nesta pesquisa, pode ser considerado por uma diferença na população pesquisada em outros países e esta população local, aqui investigada. Existe também a possibilidade, de que, a população que procura ajuda especializada seja menor do que a população natural que apresenta o problema, ou ainda, pela utilização de diferentes instrumentos na investigação diagnóstica.

Em um estudo feito por Milstein e cols. (1997), foi encontrado que 56% dos pacientes foram classificados como forma prevalentemente "combinada" (TDA-H-C), 37% de tipo inatentivo (TDA-H-I) e apenas 2% como do tipo "hiperativo/impulsivo" (HI). Em nossa pesquisa mostrou-se que o maior número de

casos correspondem à forma "desatenta", com um índice de 14,4% dos casos, seguidos pela forma "hiperativa/impulsiva" com um total de 9% e apenas 4,5% desta população foi detectada como forma combinada, que como podemos notar, não vai de encontro ao estudo anteriormente citado. Podendo, haver aí uma distinção entre a população internacional e a local pesquisada.

Neste estudo encontramos um índice de 3,3% de casos com uso de substâncias psicoativas em portadores de TDA-H, independentemente da forma prevalente. Berkley e cols. (1990), apresentam um estudo com crianças e adolescentes portadores de TDA-H, aonde, aproximadamente um terço dos adolescentes em tratamento por abuso de drogas apresentou sintomatologia para o TDA-H e 30% dos adolescentes usuários de álcool exibem problemas característicos para o diagnóstico de TDA-H.

Na população aqui pesquisada, evidenciou-se que o índice de comorbidade entre TDA-H e uso de drogas, é mais baixo do que o esperado, considerando-se outras pesquisas. Mas partimos do pressuposto de que há uma diferenciação na população pesquisada. No estudo citado, anteriormente, foram investigados usuários de drogas com sintomatologia para o TDA-H, já esta pesquisa fez o caminho contrário, investigou-se uma população com sintomas de TDA-H e uso regular de drogas.

Deve-se também levar em consideração, que a maioria da população pesquisada está na fase da adolescência, e que nesta fase da vida existe uma certa dificuldade em assumir perante os outros, o uso de substâncias. Por esta razão, as respostas ao questionário relativas ao uso destas podem não ter sido tão fiéis quanto se esperava. Além do mais, tais adolescentes foram submetidos à investigação dentro

do ambiente escolar, aonde podem ter se sentido reprimidos, com medo de uma exposição e/ou repreensão.

Na população geral desta amostra, apareceram 43 casos de uso regular de álcool, 15 casos de uso regular de nicotina, cinco casos de uso de forma regular de maconha, um caso de uso de cocaína regularmente, dois casos usam de forma regular inalantes, cinco casos reportaram usar outras drogas regularmente, dentre elas, estão: o "êxtase", LSD, "lança perfume", "moranguinho", calmantes, remédios para emagrecer e anfetaminas.

Dentre os 111 casos pesquisados, 11 destes reportaram já ter tido diagnóstico prévio para o TDA-H, diagnósticos estes feitos por médicos ou psicólogos, ou por ambos. Destes casos, seis fazem apenas tratamento psicológico, quatro fazem tratamento medicamentoso e um nunca fez qualquer tipo de tratamento. Seis dos sujeitos previamente diagnosticados com TDA-H relataram ter antecedentes familiares com este transtorno.

Nestes 111 casos pesquisados, 19 casos que não tiveram qualquer diagnóstico prévio para o TDA-H, colocaram ter antecedentes familiares do mesmo.

Os antecedentes familiares encontrados, foram: pai, mãe, irmãos, primos, tios, avós e filhos.

Em todos os casos que relataram já terem tido diagnóstico prévio, este foi feito apenas a partir da adolescência.

Quanto aos dados relativos ao questionário, foi realizado um teste t (alfa = 0,05), no sentido de verificar a hipótese de que o tipo de resposta dada ao questionário não dependesse do sexo do respondente. Estes resultados, de significatividade, foram todos maiores que alfa = 0,05, confirmando a hipótese de

que o resultado do questionário é independente do sexo do respondente. Estes dados podem ser encontrados na Tabela 5.

Tabela 5: Teste t de igualdade de médias.

Categoria	Estatística t	Gl	p
Impulsividade	0,434187	108	0,66501848
Desatenção	1,096121	108	0,275464025
Uso de droga	-0,66557	108	0,507103657

Para verificar a hipótese de que o tipo de resposta não dependesse da proveniência do respondente, foi feito um teste ANOVA (a=0,05), utilizando como variáveis as dimensões "hiperatividade/impulsividade", "desatenção" e "uso de drogas". O resultado deste teste foi significativo ($p < 0,001$) para "hiperatividade / impulsividade" e para "desatenção", levando portanto a rejeitar a hipótese estatística e permitindo afirmar que o padrão de resposta às perguntas, relativas a estas dimensões, dependem da proveniência do respondente (Projeto CEBEJA, Ensino Regular, Pacientes Particulares). Para a dimensão "uso de drogas", o resultado do teste não foi significativo (p=0,631), permitindo aceitar a hipótese de que os padrões de resposta são independentes da origem do respondente.

Por se considerar o tamanho desigual dos três subgrupos da amostra, foi aplicado o teste post-hoc de Tukey. Neste teste, quanto à dimensão "hiperatividade/impulsividade", mostrou que os respondentes do ensino regular e do Projeto CEBEJA tem um perfil de resposta homogêneo, enquanto que o subgrupo de pacientes particulares, que já tinham suspeita de TDA-H, mostraram um valor de resposta que leva a considerá-los como um grupo estatisticamente distinto. Também, em relação a dimensão "desatenção", o teste mostrou que os respondentes das duas

escolas tem um perfil de respostas parecidos, enquanto que pacientes da clínica particular, podem ser considerados como um grupo distinto estatisticamente.

Para verificar a hipótese de que o tipo de resposta dada ao questionário não dependesse do fator "idade" do respondente, foi aplicado um teste t para amostras independentes (a=0,05), usando como variáveis as três dimensões ("hiperatividade/impulsividade", "desatenção" e "uso de drogas") e como fator de separação a idade. Considerando na separação por idade, dois grupos. O primeiro de adolescentes, até os 21 anos, e adultos, aqueles com mais de 21 anos de idade.

Neste teste o resultado não foi significativo, seja para o subgrupo "hiperatividade/impulsividade" (p=0,186), seja para a dimensão "desatenção" (p=0,775), ou seja, para "uso de drogas" (p=0,834). Portanto, podemos concluir que o padrão de respostas do questionário, não foi dependente da idade do respondente. (o referencial usado foi de a=0,05)).

Para verificar a coerência interna do questionário, foi utilizado o Alpha de Crombach. Na primeira dimensão "hiperatividade/impulsividade" obteve-se um valor de a=0,4642. Na segunda dimensão "desatenção", o valor obtido foi de a=0,7599. E na terceira dimensão "uso de droga", este valor foi de a=0,6425. Levando-se em consideração que o valor aceito é próximo a 0,5 podemos afirmar que este questionário apresenta coerência interna.

Foi aplicado ao questionário o teste Kaiser-Méier, com o objetivo de averiguar se a amostra utilizada poderia ser satisfatoriamente reutilizada em um trabalho posterior de análise, tendo como resultado o índice de 56,7% (0,57), o que valida a amostra para tal objetivo, já que o valor referencial utilizado neste teste deve ser maior que 0,05.

Quanto ao teste de esferecidade de Barlett (< 0,001), os resultados excluiram a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas entre si, indicando a legitimidade da aplicação da análise fatorial. Sendo que neste teste, o valor referencial deve ser próximo a 0,05.

A análise fatorial é uma técnica estatística, tendo por objetivo, a redução de dados, ou seja, pode se verificar se e como pode ser reduzido para um número limitado de dimensões o que se apresenta de forma mais complexa.

A análise fatorial foi realizada com o método de extração dos componentes principais, previamente fixando um número de fatores igual a três. Por este método, a tabela de carregamento (tabela 6) mostrou apenas dois componentes, contrariamente aos três esperados, destacando uma separação nítida dos componentes da dimensão "uso de drogas".

Tabela 6. Cargas fatoriais do questionário

Questão	*Fatores*		
	1	2	3
P1	,259	-,215	,145
P2	,472	-,131	,311
P3	,415	,155	
P4	,250		,116
P5	,170		-,118
P6	,175	,224	
P7		,334	-,210
P8_A	,123	-,186	
P8_B	,257		-,436
P9	,180	,196	-,248
P10	,208		,291
P11A	,502	-,288	,401
P11B	,441	-,217	,500
P11_C	,402	-,353	,488
P12			
P13	,489	,126	-,283
P14	,571	,216	-,229
P15	,400	,325	-,225
P16	,443	,106	
P17	,498		-,109
P18	,498	-,167	,256
P19	,520	,157	-,272
P20	,545	,194	-,238
P21	,498		-,248
P22_A	,647		
P22_B	,592		,135
P22_C	,493	-,242	,129
P23			-,372
P24		,699	,371
P25		,403	,290
P26_A	-,133	,489	
P26_B	-,196	,178	,433
P26_C		,638	,341
	-,206	,256	,205
P26_F		,436	,148
P_28	,156	,337	
P29_A	,207	,459	,153
P_29B	,131	,553	

Método de Extração: Análises de componentes principais.

Para aprofundarmos esta análise, e comprovar o resultado anteriormente citado, foi aplicada uma rotação varimax, cujos resultados estão indicados na tabela 7. Aqui, conforme o esperado, a tabela rotacionada mostrou a existência de três componentes distintos.

Tabela 7. Tabela de carregamento rotacionada

Questões	*Fatores*		
	1	2	3
P1		-,127	,338
P2			,568
P3	,374	,115	,168
P4			,252
P5	,209		-,118
P6	,175	,210	
P7	,274	,211	-,227
P8_A		-,173	,125
P8_B	,467	-,214	-,135
P9	,351		-,122
P10		,136	,340
P11A			,701
P11B	,116		,710
P11_C	,174	-,101	,719
P12			
P13	,563		
P14	,607	,103	-,138
P15	,522	,201	
P16	,364		,218
P17	,409		-,245
P18	,107		,556
P19	,585		
P20	,589		-,122
P21	,505	-,109	-,148
P22_A	,378		,477
P22_B	,322	,121	,460
P22_C	,170	-,155	,487
P23	,345		-,235
P24		,792	
P25	-,117	,488	
P26_A		,476	-,179
P26_B	-,380	,346	,125
P26_C	-,103	,722	
	-,206	,317	
P26_F		,457	
P_28	,186	,318	
P29_A	,168	,483	
P_29B	,218	,521	
Variância Explicada	12,631	20,885	27,297

Aplicada a tabela de "communalities" (comunalidades), o resultado obtido foi de 0,27, o que indica a contribuição de cada item do questionário para a análise final.

Um valor razoável deste item seria de 0,45, o resultado menor do que o esperado nesta pesquisa deve-se ao fato do questionário abranger uma quantidade grande de assuntos. Talvez, este instrumento pudesse ser melhorado para uma próxima pesquisa, reduzindo-se o número de questões, mas procurou-se não fugir dos critérios do DSM-IV (1994) na elaboração das questões, pois ao contrário, poderíamos ficar em dúvida quanto ao diagnóstico do TDA-H.

Através desta análise de dados, pudemos cumprir os objetivos de levantar índices para o TDA-H na população de amostra, assim como, de índices para as formas prevalentes de apresentação do transtorno e para a comorbidade com uso de drogas.

Outra meta cumprida, foi estabelecer a validade dos resultados obtidos pelo instrumento, elaborado pela pesquisadora.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa baseou-se, especialmente, em critérios do DSM-IV (1994), para sintomas e diagnóstico, já que este é tido como referência internacional para diagnóstico clínico.

As perguntas do questionário seguiram quase fielmente os termos usados por este manual, sendo substituídas apenas algumas palavras, no sentido de facilitar a compreensão da população.

Como o DSM-IV (1994) tem sido discutido por alguns pesquisadores e clínicos, por não englobar todos os sintomas complementares de origens comportamentais, emocionais e cognitivos, foram acrescentadas citações de Mattos (2001), Barkley (1987), Rohde (2003), entre outros.

O questionário elaborado, tentou englobar de forma ampla as características do TDA-H, para cada forma prevalente deste transtorno.

Segundo análise fatorial realizada, os resultados indicaram que para a dimensão de "hiperatividade/impulsividade" as questões poderiam ser reduzidas, melhorando assim, os seus índices. O objetivo desta pesquisa não foi validar este instrumento, pois preferiu-se manter todas as questões, visando um critério mais rigoroso para o diagnóstico do TDA-H, com maior margem de segurança. Quanto a parte relativa a dimensão "uso de drogas", procurou-se fazer, primeiramente, um levantamento das drogas mais usadas e comuns em nossa população local, especialmente, para a faixa etária que corresponde à adolescência, já que esta era nossa amostra alvo.

Em relação a esta dimensão, a análise fatorial trouxe resultados satisfatórios, mostrando um bom desempenho.

Através desta pesquisa, pudemos levantar alguns índices de relevância para o melhor conhecimento deste transtorno em uma amostra da população de Curitiba, já que não encontramos na literatura estudos similares anteriores nesta localidade.

O primeiro índice a ser considerado é a prevalência do TDA-H de forma geral, nesta população. Aqui, o índice levantado foi de 9,3%, o que é considerado elevado em comparação a estudos internacionais (Benczik, 2000), que varia de 3% a 5% e de 1% a 7%. Como nosso estudo não foi direcionado a uma população específica, e sim, à uma população natural, pode vir daí tal diferença. O que podemos considerar que grande parte da população não conhece o transtorno, não consegue identificar os sintomas a este correlacionados e nunca procuraram ajuda especializada.

Outro fator a ser considerado é que podem existir diferenças de métodos e utilização de instrumentos para averiguação de tal índice. Muitos instrumentos utilizados, são direcionados à população infantil já que o índice nesta faixa etária, para este transtorno é maior e que até a pouco tempo foi considerado como um transtorno da infância especificamente, não existindo muitas pesquisas para a fase da adolescência e fase adulta. Grande parte destes instrumentos são dirigidos a pais e professores e não ao portador diretamente, o que pode gerar uma grande diferença.

Os índices de prevalência de cada forma de TDA-H também mostram significativas diferenças com estudos internacionais. Aqui a maior prevalência detectada, foi para a forma "desatenta" do transtorno, seguida pela forma "hiperativa/impulsiva" e com uma pequena porcentagem de casos da forma "combinada". Em um estudo anterior, feito por Milstein e cols. (1997), a forma

prevalente predominante foi a "combinada", com um índice menor para a forma "inatentiva" e com poucos casos para a forma "hiperativa/impulsiva".

Considerando-se que a nossa população pesquisada, tem um grande número de adolescentes e que nesta fase da vida, normalmente, apresentam-se mais características de fatores de desatenção e hiperatividade/impulsividade do que em outras fases da vida, podendo decorrer daí tal diferença. Que em situações normais tais características predominam e que são acentuadas quando por portadores do TDA-H.

Quanto à comorbidade entre TDA-H e uso de drogas, o índice foi menor do que a expectativa (3,3 %), mostrando-se abaixo de referências de outros estudos. Mas aqui encontramos uma grande diferença no tipo de amostras utilizadas. Por exemplo, Barkley (1990) apresenta um estudo para averiguar tal comorbidade, mas a sua amostra era de usuários de drogas em tratamento, aonde foi levantado índices de sintomatologia para o TDA-H. Em nosso estudo a amostra era de uma população natural, aonde partimos dos que pontuaram, significativamente, para a presença do TDA-H e aí foi feita uma correlação com o uso de drogas.

Muitos fatores levam a suspeitar sobre as origens e causas da comorbidade do TDA-H e uso de drogas. A presença do transtorno de conduta, apontada por Souza e Pinheiro (2003), é uma ocorrência simultânea comum com o TDA-H e uso de drogas, sendo ainda mais freqüente no sexo masculino. Também o abuso de drogas predispõe o indivíduo a condutas anti-sociais. Em crianças portadoras de TDA-H e transtorno de conduta, a procura por drogas ocorre de forma mais freqüente e precoce. Estes fatores levam a suspeitar que o fator de risco, para o uso de

substâncias, não seria o TDA-H em si, mas a comorbidade com o transtorno de conduta.

Embora outros estudos pesquisados por Souza e Pinheiro (2003), colocam que portadores de TDA-H, sem a presença de comorbidades, aumentam o risco para o hábito de fumar em adolescentes e problemas com o uso de álcool.

Segundo Kessler e cols. (1994), a prevalência do abuso de álcool e drogas é maior na população com TDA-H do que na população geral. Biederman e cols. (1997), colocam que a impulsividade, a baixa auto-estima e o sentimento de incapacidade e desmoralização, presentes no TDA-H, são fatores de risco para comorbidade com uso de drogas.

Muitas vezes, por estes fatores citados por Biederman e cols. (1997), os portadores de TDA-H encontram grandes dificuldades em socialização, sendo discriminados por seus comportamentos e dificuldades encontradas na vida, e assim, procuram grupos semelhantes, grupos estes, desviantes, que também estão mais propensos à procura por drogas.

Rydelius (1983) coloca que o comportamento impulsivo é a causa primária na dependência do álcool, e que pode existir uma transmissão genética, influências parentais precoces, ou a combinação de ambos no problema desta comorbidade.

Como a capacidade de controlar impulsos é uma das funções do lobo frontal, também envolvida no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, e no mecanismo do Transtorno de Abuso de Drogas, podemos levantar a hipótese de que existam mecanismos neuroanatômicos e neurofisiológicos comuns aos dois transtornos. Também, deveria ser melhor investigado o metabolismo cerebral comum

a estes dois transtornos, no que diz respeito aos neurotransmissores envolvidos, como a dopamina e noradrenalina, especialmente, nas regiões pré-frontais.

Em estudos anteriormente citados a maior comorbidade entre TDA-H e uso de drogas, foi encontrada na forma "combinada" deste transtorno, como em nossa população de amostra este foi o tipo com menor prevalência, em contradição a outras pesquisas internacionais, pode ser esta uma das explicações na diferença de índices de comorbidade, que em nossa população foi bem menor, de apenas 3,3%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade, começou a ser levantada por volta de 1890, quando médicos que trabalhavam com pacientes com danos cerebrais, apresentaram sintomas de desatenção, impaciência e inquietude. Já à partir de 1940, surgiram muitos outros estudos, levando este transtorno a ter várias denominações (Benczik, 2000).

Mas foi a partir do DSM-IV (1994) que o transtorno ganhou a denominação, conhecida hoje como TDA-H e foram estabelecidos critérios rígidos (mas não totais) para o estabelecimento de um diagnóstico, o que tornou mais fácil o reconhecimento do mesmo, pelos profissionais envolvidos nesta área e também foi possível conhecer-se melhor a prevalência do transtorno em muitas populações, facilitando melhores investigações. Foi a partir daí, que verificou-se que este distúrbio não era apenas um transtorno da fase da infância, mas que permanecia, com algumas modificações de sintomas na fase adulta.

O DSM-IV (1994) estabeleceu três formas do transtorno, forma "hiperativa/impulsiva", "forma desatenta" e "forma combinada", sendo que propõe nove sintomas para cada uma das formas. E tem como critério, para o diagnóstico, a presença de seis sintomas para cada uma das formas na fase da infância e quatro sintomas para a fase adulta. Como estes sintomas, descritos no DMS-IV (1994), não preenchiam todos os sintomas verificados nos casos clínicos, outros autores propuseram um acréscimo da sintomatologia para o TDA-H.

No questionário elaborado, foram seguidos os sintomas propostos pelo DSM-IV (1994) e acrescentados alguns outros citados por outros autores, com o objetivo

de termos a certeza do diagnóstico baseado em critérios internacionais. Por esta razão, acreditamos ter atingido os nossos objetivos de detectar a presença do TDA-H e sua forma prevalente, de uma maneira segura.

Os resultados nos mostram, diferenças de índices de prevalência deste transtorno e de suas formas de apresentação, demonstrando que existem diferenças entre populações internacionais e a população de amostra na cidade de Curitiba. Apresentou-se um índice mais elevado de ocorrência deste transtorno, nesta localidade, o que nos leva a sugerir que se necessite de uma maior divulgação sobre este transtorno para a comunidade, no sentido de haver diagnósticos mais precoces, evitando assim, complicações na vida pessoal, acadêmica, social destes indivíduos e suas possíveis conseqüências.

Segundo MacDonald e Achembach (1996), os adolescentes e adultos portadores de TDA-H, podem apresentar desinteresse e apatia em situações acadêmicas, são desatentos, não cumprem com as responsabilidades, apresentam baixa auto-estima, relacionamentos difíceis, ansiedade, depressão, problemas de conduta e delinqüência, abuso de drogas, entre outros. E esta evolução pode se dar em razão do desenvolvimento de comorbidades.

De acordo com Goodyear e Hynd (1992), o TDA-H compromete de modo marcante a vida dos portadores deste transtorno, promovendo dificuldades no controle de impulsos, na concentração, memória, organização, planejamento e autonomia, levando aos problemas sociais, comportamentais, intelectuais e emocionais.

Desta forma, um diagnóstico precoce poderia estabelecer um tratamento mais adequado, evitando o desenvolvimento de certas comorbidades e prejuízos na vida destes indivíduos.

Alguns estudos, citados por Rohde (2003), relatam sobre o uso da "Ritalina" (metilfenidato), um dos principais medicamentos usados e recomendados no tratamento deste transtorno, como uma droga que diminui a propensão ao uso de substâncias em casos de TDA-H. Além disto, um tratamento de acompanhamento psicológico destes indivíduos, também pode prevenir problemas comportamentais e emocionais que levam à utilização de drogas e outras complicações no decorrer da vida.

Embora tenhamos notado que a prevalência da comorbidade entre uso de drogas e o TDA-H, não tenha sido tão alta como mostram outros estudos, o índice de 3,3% aqui encontrado pode ser devido a que alguns dos casos identificados já haviam tido diagnóstico anterior à esta pesquisa e já fazem algum tipo de tratamento. Dos 31 casos (9,3%) que foram detectados como portadores do TDA-H pelo questionário, 11 casos já haviam sido diagnosticados previamente, sendo que 10 destes 11 casos fazem algum tipo de tratamento para o transtorno, seis deles com acompanhamento psicológico e quatro com tratamento medicamentoso.

Já na população geral da amostra, o uso de álcool foi reportado por 43 casos (47,73%), seguido por nicotina com 15 casos (16,65%). Consideramos que o uso de álcool, em uma população de maioria de adolescentes, é bem mais elevado do que neste grupo distinto e que merece uma atenção de autoridades e especialistas.

Outro fator que nos chama a atenção, é que o diagnóstico, prévio a esta pesquisa, foi reportado só acontecer à partir da adolescência em todos os casos e em

alguns deles, apenas na fase adulta. O que indica, que os pais talvez tenham pouco conhecimento sobre este transtorno, não procurando ajuda para seus filhos durante a infância. E que a procura por esta ajuda, talvez, só aconteça quando conseqüências do transtorno já estejam estabelecidas.

Segundo Feinberg e Farah (1997), não existe uma causa única para o TDA-H, algumas evidências científicas apontam para uma participação genética, através de estudos com gêmeos e parentes portadores, mostrando uma proporção duas vezes maior de risco. Outros estudos apontam para alterações nos neurotransmissores noradrenalina e dopamina, que neste caso são deficitários, especialmente, na região do lobo frontal, mostrando assim uma diminuição da atividade nesta região. Mas não se sabe, e alguns autores acham pouco provável, que fatores ambientais e de natureza psicológica poderiam por si só, desenvolver o transtorno.

Bandstra e cols.(2001), demonstraram um aumento do risco de crianças expostas ao uso de drogas como a cocaína, álcool, nicotina e outras durante a gestação, para desenvolverem o TDA-H. O uso de drogas durante a fase pré-natal leva a processos desruptivos no desenvolvimento do sistema de neurotransmissores monoaminérgicos que tem implicações no centro de regulação do despertar da atenção.

No presente estudo, pudemos coletar dados referentes a antecedentes familiares de TDA-H. O estudo nos mostrou que, dos 11 casos previamente diagnosticados, 6 reportaram ter antecedentes familiares para o transtorno e 19 casos que não tiveram diagnóstico prévio, também citaram ter antecedentes familiares. Dentre estes antecedentes, encontram-se casos de: pai, mãe, irmãos, primos, tios,

avós e filhos. Através destes dados, podemos supor que a herança genética pode estar de alguma forma correlacionada as causas do TDA-H.

Quanto ao questionário, utilizado nesta pesquisa, embora tenha sido elaborado apenas com a finalidade de coletar dados, levantar informações e estabelecer índices para esta situação em específico, mostrou ser um instrumento válido, que pode ser utilizado em outras situações, através de sua análise estatística.

Alguns dados obtidos através de testes, como a análise fatorial e alpha de Crombach, demonstram que este instrumento pode ser melhorado, diminuindo algumas questões, especialmente, em relação à dimensão "hiperatividade/ impulsividade", o que deve ser pensado posteriormente, mas com muito cuidado, para não se fugir aos critérios internacionais de diagnóstico.

Foram utilizados testes T e ANOVA que confirmaram que o tipo de respostas ao questionário, não dependem dos fatores sexo, idade e proveniência dos respondentes. Apenas caracterizado o grupo de pacientes particulares de clínica especializada e que já tinham suspeita de TDA-H, como um grupo independente, estatisticamente distinto dos grupos de origem de população natural. O que vem reforçar, novamente, a hipótese de que resultados de índices de prevalências estão ligados a este fator.

O teste Kaiser-Méier, averiguou que a amostra utilizada foi satisfatória e pode ser reutilizada em outros trabalhos de análise.

Portanto, podemos concluir que o instrumento de investigação, utilizado nesta pesquisa, foi satisfatório e pode ser reutilizado em estudos posteriores, ou até, melhorado, no sentido de uma validação.

Esta pesquisa teve como objetivo, um estudo preliminar sobre a comorbidade entre o TDA-H e o uso de drogas, deixando assim, um espaço aberto para futuras investigações sobre o tema, podendo inclusive, serem mais profundamente abordadas as causas que levam a esta comorbidade e a diferença de prevalência entre outras regiões do nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Applegate, B; Laheg, B. B.; Hart E. L.; Waldmen, I; Biederman, J; Hynd G.W; Barkley, R.A.; Ollendlick, T; Frick P. J.; Greenhill, L; McBurnett, K; Newcorn, J; Kerdyk, L; Garfinkel, B. & Shaffer, D. (1997). Validity of the age of onset criterion for ADHD: A Report from DSM-IV field trails. **Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 36**, 1211-1221.

Aviram, R. B.; Rhum, M. & Levin, F. R. (2001). Psychotherapy of adults with comorbid attention déficit / hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorder. **Journal of Psychotherapy Practice Research, 10** (3), 179-186.

Bandstra, E. S.; Morrow, C. E.; Anthony, J. C.; Acconero, V. H. & Fried, P. A. (2001). Longitudinal investigation of task persistence and sustained attention in children with prenatal cocaine exposure. **Neurotoxicology and Teratology, 23**, 545-559.

Barkley, R. A. (1990). **Attention Deficit Hiperactivity Disorder**. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A.; Fischer, M.; Edelbrock, C. S. & L. Smallish, C. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8 – year prospective follow-up study. **Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 29**, 546-557.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. **Psychological Bulletin, 21,** 271-279.

Barkley, R. A. (1987). The assessment of attention deficit hiperactivity disorder. **Behavior Assessment 9,** 207-233.

Benczik, E. B. P. (2000). **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade. Atualização Diagnóstica e Terapêutica.** São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Biederman, J.; Faraone, S.V.; Monuteaux, M.C. & Frieghner J.A. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. **Pediatrics, 106**(4), 792-797.

Biederman, J.; Wilens, T; Mick, E.; Faraone, S. & Stephen, V. (1997). Is ADHD a risk for psychoactive substance use disorder? Findings form a four year follow-up study. .**Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 36**, 21-29.

Borini, P. (2001). O dedo em baioneta e o uso de drogas ilícitas. **Arquivos de Neuropsiquiatria, 59** (2-A), 223-226.

Capovilla, F. C.; Gonçalves, M. J. & Macedo, E. C. (1998). **Tecnologia em (Re) Habilitação Cognitiva.** São Paulo. EDUNISC.

Castellanos, F. X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Clinical Pediatrics, 36**, 381-393.

Castellanos, F. X.; Giedd, J. N.; Berquin, P. C.; Walter,J. M.; Sharp, W.; Tran, T.; Vaituzis, A.C.; Blumenthal, J. D.; Nelson, J.; Bastain, T. M.; Zijdenbos, A.; Evans, A. C. & Rapoport, J. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Archives General Psychiatry, 53,** 607-616.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID-10. Décima Revisão (1998). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. Vol. 1.

American Psychological Association (1994). **DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Faraone, S. V.; Biederman, J.; Weber, W. & Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hiperactivity disorder: results from a clinically referred sample. . **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37**, 185-193.

Faraone, S. e cols. (1991). Separation fo DSM-III attention-deficit disorder an conduct disorder: evidence from a family genetic study of American child psychiatric patients. **Psychological Medicine, 21**, 109-121.

Feinberg, T. G. & Farah, M. J. (1997). **Behavioral Neurology and Neuropsychology.** USA: Mc. Graw Hill Companies Health Professions Division.

Goodyear, P. & Hynd G. (1992). Attention Defict Disorder with and without hyperactivity: Behavior and neuropsychocogical differentiation. **Journal of Clinical Child Psychology, 21**, 273-304.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (2001). **Hiperatividade, como desenvolver a capacidade de atenção.** Rio de Janeiro: Editora Papirus.

Goldstein, S. & Goldstein, M. (1990). **Managing attention Disorders in children. A guide for practitioners.** A wiley – Interscience publication.

Gonzalo, V. S, Moraga, M.; Henriquez, H. B; Aboitz, F. D, & Rothhammer, F. E. (2003). Distribución de alelos de los genes DRD4 e DAT1 del sistema dopaminergico en la población mista de Santiago de Chile. **Revista Médica de Chile, 131** (2), 135-143.

Hallowell, E. M & Ratey, J. J. (2001). **Tendência a Distração.** Rio de Janeiro: Editora Rocco.

Hodgens, J. B.; Cole J. & Boldizar, J. (2000). Peer based differences among boy with ADHD. **Journal of Clinical Child Psychology, 29,** 443-452.

Hynd, G. W.; Simrud – Clikemen, M. .; Loyrs, R. (1990). Brain morphology in developmente dyslexia and attention deficit desorder/hyperactivity. **Archives of Neurology, 47**, 919-926.

Jornal Brasileiro de Dependências Químicas (2001). Volume 2- junho. Suplemento I. ABEAD.

Kessler, R. C.; McGonagle, K. A.; Zhao, S. & Nelson, C. B (1994). Lifetime and 12 – month, prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry, 5**, 18-19.

Kilpatrick, D. G; Ruggiero, K. J.; Acierno, R.; Saunders, B. E; Resnick, H. & Connie L. (2003). Violence and risk of PTSD, Major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: results from the national survey of odolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71** (4), 692-700.

Kuperman, S.; Schlosser, S..; Kramer, J. R.; Bucholz, K..; Hesselbrock, V..; Reich, T. & Reich, W. (2001). Developmental Sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. **The American Journal of Psychiatry, 158** (12), 2022-2026.

Laranjeira, R. R & Nicastri S. (1996). Abuso e dependência de álcool e drogas. Em O. P. Almeida e L. R. R. Dractul (Orgs.). **Manual de Psiquiatria** (p. 83-112). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Laranjeira, & Surjan, J. (Junho 2001). Conceitos básicos e diagnósticos. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 2**, 2-6.

Loeber, R.; Green, S. M.; Lahey, B. B.; Christ, M. A. G. & Frick P. J. (1992). Developmental Sequences in the age of onset ot disruptive child behaviors. **Journal of Children and Family Studies, 1,** 21-41.

Lourenço, R. A. (2001). Aspectos psicológicos da dependência química. Em: S. M. Serrat **Drogas e álcool. Prevenção e Tratamento** (p. 136-141) Campinas: Editora Komedi.

Lynskey, M. T. & Hall, W. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders: is there a causal link? **Addiction, 96** (6), 815-822.

MacDonald, U. M. & Achembach, T. M. (1996). Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problem scores in a national sample. Journal **American Academy Child Adolescents Psychiatric, 35** (9), 1: 237-1246.

Maffit. T. E. & Caspi A. (2001). Childhood predictors differential life-course persistent and adolescent – limited antisocial pathways among males and females. **Developmental Psychopathologic, 13**, 355-375.

Mayes, L. C. (1994). Neurobiology of prenatal cocaine exposure: Effect on developing monoamine systems. **Infant Mental Health, 15,** 121-133.

Mayes, L. C.; Grillon, C.; Granger R. & Schottenfeld, R. S. (1998). Regulation of arousal and attention in preschool children exposed to cocaine prenatally. **Annals of the New York Academy of Sciences 846,** 126-143.

Mattos, P. (2001). **No mundo da lua.** Bela Vista: Editora Lemos.

Mcwhirter, P. T.; Ramon, F. U. & Soublettel, M. P. (2002). El modelo transteorico y su aplicación al tratamento de adolescentes com problemas de abusos de drogas. **Adolescência latinamericana, 3** (2).

Mesman, J. ; Bongers I. L. & Koot H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. **Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry , 42**, 679-690.

Mick, E.; Biederman, J.; Faraone, S.V.; Sayer, J. & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. **Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 41**(4), 378-385.

Milich, R.; Balentine A. C. & Lynon, D. R. (2002). ADHD Combined type and ADHD predominantly Inattentive - Type and distinct and unrelated disorders. **Clinical Psychological Science Practice, 8**, 463-488.

Millstein, R. B.; Wilens, T. E.; Biederman, J. & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADAD. **Journal of Attention Disorders, 2**, 159-166.

Molina, B. S.G.; Bukstein, O. G. & Lynch, K.G. (2002).Attention Deficit / Hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder**. Psycology of addictive behaviors, 16 (**2), 161-164.

Murphy, K. R.; Barkley, R. A. & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit / hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbitidy, educational, and clinical history. **The journal of nervous and mental disease, 190** (3), 147-157.

Neuro Psico News. (2002). **Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas**. Nº 41.

Nicastri, S. & Ramos, S. P. (2001). Prevenção do uso de drogas. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 2**, Supl. I. , 25-29.

Patterson, G. R.; Degarmo, D. S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process. **Developmental Psycopathologic, 12**, 91-106.

Pennington, B. F. (1946). **Diagnóstico de distúrbios de aprendizagem: Um referencial neuropsicológico .** São Paulo; Editora Pioneira.

Perry, P. & Kuperman, S. (2001) Attention Deficit – Hyperactivity Disorder Pharmacotherapy **.Clinical Psychopharmacology Seminar, Junho.**

Pholen, K. (2002) **World of distraction: Adult Attention. Déficit / Hyperactivity disorder.** American News. March 18.

Requião, D. (2001-2002). **Curso de Especialização em Dependências Químicas** (apostilas 5 e 6). Pontifícia Universidade Católica do PR Apostila não publicada.

Goldstein. S; Brooks. R; Lôhr. A.Jr.; Antoniuk. S; Vicari. M.I; Farias. A.C. (28/29/30 de novembro de 2003). **Caderno de resumos da III Conferência Internacional Sobre Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Centro de Convenções de Curitiba.

Ribeiro, M. S.; Scapin, L. T.; Alves, J. M. & Ronzani, T. M. (2000). Atualidade de escalas derivadas de instrumento de avaliação de personalidade na identificação de uso disfuncional de substâncias psicoativas. **Revista Médica Oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 26** (2 e 3).

Rodrigues, M. L. N. (2003). **Como diagnosticar e tratar adultos com TDA-H**. São Paulo: Livreto do Laboratório Novartis.

Rohde, L. A. (2003). **Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção /hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed.

Rydelius, P. A. (1983). Alcohol-abusing teenage boys testing a hypothesis on the relationship between alcohol abuse and social background factors, criminality and personality in teenage boys. Acta Psychiatrica Scandinavica, **68**, 368-380.

Saidemberg, S. (2001). Tabagismo. Em: S. M. Serrat (Org.), **Drogas e álcool, prevenção e tratamento** (p. 82-104). Campinas: Ed. Komedi.

Saidemberg, S. (2001). Alcoolismo. Em: S. M. Serrat (Org.), **Drogas e álcool, prevenção e tratamento** (p. 105-136). Campinas: Ed. Komedi.

Schubiner, H.; Tzelepis, A.; Milbergers, X. ; Lockhart, N.; Kurger, M.; Kelley, B.J. & Schoener, E.P. (2000). Prevalence of attention – deficit / hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers**. Journal of Clinical Psychiatry. 61** (4), 244-251.

Scvioletto, S. & Morihisa, R. S. (2001). Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 2,** Supl. I., 30-33.

Seibel, S. D. & Toscano Junior, A. (2001). **Dependência de drogas**. São Paulo. Editora Atheneu.

Seibel, S. (2001). Dependência de drogas na clínica médica. **Revista Diagnóstico e Tratamento, 6** (2), 43.

Souza, E. M. L. & Ingberman, Y. K. (2000). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade: Características, diagnósticos e formas de tratamento. **Revista Interação, 4**, 23-37.

Souza, I. & Pinheiro, M. A. S. (2003). Co-morbidades. Em: L. A. Rohde (org). **Princípios e Praticas em TDA-H**. Porto Alegre: ArtMed.

Sullivan, M.A. & Rudnik, L. F. (2001) Attention Deficit / Hyperactivity Disorder and substance use. Diagnostic and therapeutic considerations. **Annual New York Academic Science, 931**, 251-270.

SPSS, Inc (1994). **SPSS windows user's guide.** New York: Macgraw Hill.

Swanson, J.; Castellanos, F. X.; Murias, M.; LaHoste, G. & Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit / hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. **Current-Opinion-in-Neurobiology**, **8,** 263-271.

Vanderbergh, D.J.; Thompson, M.D.; Cook, E.H.; Bendahhou, G.; Nguyen, T.; Krasowski, M.D.; Zarrabian, D.; Comings, D.; Sellers, E.M.; Tyndale, R.F.; George, S.R.; O'downd, B.F. & Cehl, GR. (2000). Human dopamine transporter gene: coding region conservation among normal, Tourette's disorder, alcohol dependence and attention deficit / hyperactivity disorder populations. **Molecular Psychiatry, 5** (3): 283-92.

Vastag, B. (2001) Pay attention: Ritalin acts much like cocaine. **The Journal of the American Medical Association, 268** (8), 905-906.

Whitmore, E. A.; Mikulich, S. K.; Ehlers, K. M. & Crowley, T. J. (2000). One-year outcome of adolescent females referred for conduct disorder and substance abuse/dependence. **Drug and alcohol dependence, 59**, 131-141.

World Health Organization. (1992). **The ICD – 10. Classification of mental and behavioral disorders: clinical and diagnostic guidelines.** Geneva.

Zametkin, A.J.; Liebernawer, L.L.; Fitsgerald, C.H. & King, A. C.(1993). Brain Metabolism in teenagers with attention deficit hyperactivity disorder. **Archives General Psychiatry, 50** (5), 333-340.

ANEXOS

Anexo 1

Curitiba, 17 de março de 2004.

A mestranda Elizabeth Andrigo Moreira, orientada pelo Professor Dr. Egidio José Romanelli, do setor de pós-graduação de psicologia da Universidade Federal do Paraná, convida-o para participar e colaborar com a pesquisa científica em nosso país. Afinal, o avanço científico é de extrema importância e só é possível com a colaboração da população.

A atividade consiste no preenchimento de um questionário, com a duração aproximada de 20 minutos, com 36 questões, a respeito de características do processo de atenção e uso de substâncias.

Será assegurado o sigilo sobre todas as informações fornecidas, assim como a identidade dos participantes, sendo que os dados desta pesquisa serão apresentados de modo geral, isto é, sobre a população em estudo e não sobre um caso específico.

Antecipadamente, agradeço pela atenção e colaboração.

Elizabeth Andrigo Moreira
Mestranda de Psicologia de Infância e Adolescência da UFPR.

Termo de Autorização

Eu, _____, aceito participar das atividades propostas (respostas de um questionário sobre características do processo de atenção e uso de substâncias) pela mestranda Elizabeth Andrigo Moreira da pós-graduação de Psicologia de UFPR.

Nome do participante: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Assinatura do responsável: _____

Anexo 2

Este questionário foi elaborado pela mestranda Elizabeth Andrigo Moreira, da Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná mestrado de Psicologia da Infância e Adolescência.
O objetivo deste instrumento é estudar características do processo de atenção na população acima de 12 anos de idade, e uso de substâncias.

Suas informações serão sigilosas. Escolha as respostas às alternativas com a maior sinceridade possível e com tranqüilidade, você não estará sendo avaliado, mas nos ajudará a melhor entendermos este processo. Agradeço a colaboração.

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____
Idade: _____
Sexo: _____

Responda as questões abaixo informando a freqüência em que as situações ocorrem.

Considere:
Muito freqüente – em 10 situações, acontece mais de 6 vezes.
Às vezes – em 10 situações, acontece de 4 a 6 vezes.
Não é comum – em 10 situações, acontece menos de 4 vezes.

QUESTIONÁRIO

Parte A

1) Costuma mover de forma freqüente mãos, pés, ficar agitado enquanto está sentado?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

2) Tem a sensação de agitação interna?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

3) Tem dificuldades em manter-se em uma mesma atividade por um tempo mais longo?
(em leituras, programas de televisão, escutar um CD do começo ao fim, outros)
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

4) Tem o costume de responder a perguntas antes mesmo de serem concluídas ou de tê-las lido até o final?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

5) Você costuma tomar decisões por impulsos sem avaliá-las previamente?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

6) Você sente muita necessidade de tentar experiências novas em sua vida?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

7) Situações de grandes emoções o atraem?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

8) Você consegue manter relacionamentos com outras pessoas por longo tempo?
A) Relações de amizade:
0 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 2 ( ) não é comum

B) Relações de namoro:
0 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 2 ( ) não é comum

9) Você consegue manter-se em um emprego ou atividade profissional por longo tempo?
0 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 2 ( ) não é comum

10) Você consegue ficar em uma mesma escola por longo tempo?
0 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 2 ( ) não é comum

11) Você acha que algumas destas características, citadas acima, atrapalham seu desempenho?
A) Na vida pessoal:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

B) Na vida escolar:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

C) Na vida profissional:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

12) Em que fase de sua vida, você começou a apresentar estas características?
2 ( ) Infância (até os 12 anos de vida)
0 ( ) Adolescência (dos 13 anos aos 21 anos de idade)
0 ( ) Adulto (dos 22 anos de idade em diante)

TOTAL DE PONTOS: { }

Parte B

13) Você acha que presta pouca atenção a detalhes e comete erros por falta de atenção?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

14) Tem dificuldades em concentrar-se em atividades como leituras mais longas ou tarefas que exigem atenção ao executá-las?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

15) É comum iniciar tarefas e deixá-las sem terminar?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

16) Parece não escutar o que estão lhe falando?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

17) Costuma perder objetos facilmente, esquecer onde os colocou ou esquecer compromissos?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

18) Você sente ter problemas de memória?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

19) Você se distrai com facilidade no que está fazendo, com outras coisas ou com os próprios pensamentos?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

20) Tem dificuldades em organizar tarefas ou atividades?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

21) Você sente que reluta para fazer tarefas que exigem esforço mental?
2 ( ) muito freqüente 1 ( ) às vezes 0 ( ) não é comum

22) Você acha que algumas destas características acima citadas atrapalham seu desempenho:
A) Na vida pessoal:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

B) Na vida escolar:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

C) Na vida profissional:
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

23) Em que fase de sua vida, você começou a apresentar estas características?
2 ( ) Infância (até os 12 anos de idade)
0 ( ) Adolescência (dos 13 aos 21 anos de idade)
0 ( ) Adulto (dos 22 anos de idade em diante)

TOTAL DE PONTOS: { }

Parte C

24) Você já experimentou alguma destas substâncias?
1 ( ) álcool
1 ( ) nicotina (cigarro)
1 ( ) maconha
1 ( ) cocaína
1 ( ) craque
1 ( ) solventes, inalantes (benzina, éter, "lança perfume", "cola de sapateiro", etc.)
1 ( ) outras. Quais? _____

25) Com que idade experimentou alguma destas substâncias pela primeira vez?
_____ (2-0)

26) Com que freqüência você usa estas substâncias ou já usou?

A ( ) álcool ( ) quantos copos (300 ml)
2 ( ) diariamente
2 ( ) mais de uma vez por semana
2 ( ) semanalmente
1 ( ) mensalmente
0 ( ) menos de 1 vez por mês, em ocasiões especiais

B) Nicotina (cigarros)
( ) fuma ( ) não fuma

C) Maconha
Quantos cigarros? _____
2 ( ) diariamente
2 ( ) mais de uma vez por semana
2 ( ) semanalmente
1 ( ) mensalmente
0 ( ) menos de 1 vez por mês, só em ocasiões especiais

D) Craque
Quantas pedras? _____
2 ( ) diariamente
2 ( ) mais de uma vez por semana
2 ( ) semanalmente
1 ( ) mensalmente
0 ( ) menos de 1 vez por mês, só em ocasiões especiais

E) Cocaína
2 ( ) diariamente
2 ( ) mais de uma vez por semana
2 ( ) semanalmente
1 ( ) mensalmente
0 ( ) menos de 1 vez por mês, só em ocasiões especiais

F) Solventes, inalantes
2 ( ) diariamente
2 ( ) mais de uma vez por semana
2 ( ) semanalmente
1 ( ) mensalmente
0 ( ) menos de 1 vez por mês, só em ocasiões especiais

Alguma outra substância, qual e com que freqüência?

_____

28) Caso você nunca tenha experimentado algum tipo destas substâncias, tem curiosidade em experimentá-las?
2 ( ) muito 1 ( ) um pouco 0 ( ) não

29) Quando você usou algum tipo destas substâncias, sentiu alguma modificação em:
A) Atenção:
1 ( ) melhorou 1 ( ) piorou 0 ( ) nenhuma modificação

B) Agitação:
1 ( ) melhorou 1 ( ) piorou 0 ( ) nenhuma modificação

TOTAL DE PONTOS: { }

Parte D

30) Você já teve diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?
( ) sim ( ) não

31) Com que idade foi feito o diagnóstico? _____

32) Quem fez o diagnóstico?
( ) médico ( ) psicólogo ( ) não teve diagnóstico
( ) outros, quem? _____
33) Você já fez algum tratamento para este transtorno?
( ) sim ( ) não

34) Que tipo de tratamento foi feito?
( ) medicamentos. Quais? _____
( ) psicoterapia
( ) psicopedagogia
( ) nunca fez tratamento
( ) outros _____

35) Por quanto tempo foi feito o tratamento? _____

36) Alguém na sua família já teve este transtorno?
( ) sim ( ) não se sim, quem? _____