OPEN ACCESS

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

Brazilian Medical Students Journal

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E CRENÇAS DA POPULAÇÃO GERAL A RESPEITO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

ANALYSIS OF KNOWLEDGE AND BELIEFS OF THE GENERAL POPULATION REGARDING ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)

Sandra Cristina Catelan Mainardes [1*]; *Ranalyce Oliveira Queiroz Hosi* [2]; *Mariana Vilas Boas Belarmino* [3];

1.Universidade Unicesumar, Orientador. 2. Universidade Unicesumar, Acadêmica do curso de Medicina. 3. Universidade Unicesumar, Acadêmica do curso de Medicina.

marianavbb99@gmail.com

Editor Associado: João Vitor Bertuci

RESUMO

INTRODUÇÃO: O artigo apresenta como foco de pesquisa avaliar o conhecimento da população em geral, na faixa etária de 21 a 50 anos, sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e analisar os estereótipos que a sociedade cria e reproduz sobre o transtorno. **METODOLOGIA**: 400 indivíduos responderam virtualmente o questionário de Conhecimento e Crenças sobre o TDAH, aplicado por KOS et al.[1]. Essas respostas foram investigadas a partir da análise categorial de conteúdo de Bardin [2] e relacionadas com os dados sociodemográficos dos participantes. É um estudo observacional, populacional e transversal. **RESULTADO**: todos os entrevistados relataram crenças não respaldadas cientificamente sobre o TDAH. **DISCUSSÃO:** a falta de conhecimento adequado sobre esse distúrbio pode acarretar diagnóstico e tratamento inadequados e perpetuar os estigmas e preconceitos diante dos indivíduos portadores desse transtorno. **CONCLUSÃO**: o estudo demostrou o pouco aprofundamento da população acerca do assunto e a prevalência de estereótipos que podem dificultar a chegada dos pacientes ao diagnóstico.

***PALAVRAS-CHAVE**: Aprendizagem; Crenças; Saúde Mental.*

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

ABSTRACT

INTRODUCTION: The research focus of the article is to evaluate the knowledge of the general population, aged 21 to 50 years, about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and analyze the stereotypes that society creates and reproduces about the disorder. **METHODOLOGY:**400 individuals responded to the Knowledge and Beliefs about ADHD online questionnaire applied by KOS et al.[1]. These responses were investigated based on Bardins [2] categorical content analysis and related to the participants' sociodemographic data. It is an observational, population-based and cross-sectional study. **RESULTS:** all interviewees reported non-scientifically supported beliefs about ADHD. **DISCUSSION:** the lack of adequate knowledge about this disorder can lead to inadequate diagnosis and treatment, and perpetuate stigma and prejudice towards individuals with this disorder. **CONCLUSION:** the study demonstrated the lack od depth in the population knowledge on the subject and the prevalence of stereotypes that can make it difficult for patients to reach a diagnosis.

KEYWORDS: *Learning; Beliefs; Mental Health.*

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela incapacidade de direcionar e manter a atenção, modular níveis de atividade cognitiva e controlar ações impulsivas. Os resultados são comportamentos mal-adaptados, inconsistentes para a idade cronológica e o estágio de desenvolvimento esperado[3]. No entanto, o diagnóstico e o tratamento podem ser dificultados pela existência de mitos acerca da doença[4].

Estima-se que uma média de 50% das crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) continuam apresentando os sintomas quando adultos, aumentando o risco de resultados adversos, como diminuição das realizações profissionais e nível acadêmico, além de abuso e dependência de substâncias, por exemplo, drogas e álcool[5,6]. Ademais, esses riscos podem ser aumentados pela maior probabilidade de jovens adultos interromperem o tratamento do que crianças em idade escolar. Conhecimentos inadequados sobre o TDAH também reduzem significativamente as chances de uso de serviços de saúde mental[7,8].

Em um estudo realizado em adultos, que identificou estigmas em torno desse distúrbio, a maioria dos entrevistados concordou que os médicos medicam em excesso as crianças. Além disso, consentem que a administração de medicamentos a crianças com problemas de comportamento possui efeitos negativos a longo prazo e impedem que as famílias resolvam os problemas, além de mudarem as personalidades dessas crianças (transformam crianças em “zumbis”)[9]. Por fim, mais da metade dos entrevistados também concordaram que a criança, ao receber tratamento em saúde mental, se tornaria uma pessoa rejeitada na escola e sofreria como um adulto[9].

O primeiro grande estudo sobre a estigmatização das crianças com problemas de saúde mental relatou que as crenças como cuidado parental inadequado, baixo esforço ou abuso de substâncias eram causadoras comuns do TDAH[10].

Uma pesquisa realizada com a população alemã constatou que uma em cada cinco pessoas preferiria não apresentar o indivíduo com essa condição a um amigo e uma em cada quatro se sentem bastante irritadas e não recomendariam este sujeito para um trabalho. Apesar disso, o desejo de distanciamento social em relação a um adulto com TDAH parece mais baixo quando comparado a outras doenças mentais[11].

De acordo com Bussing et al. [12], o TDAH pode ser caracterizado pela falta de convergência entre o entendimento leigo e biomédico sobre o transtorno. Neste estudo foi investigado a fonte de informações sobre o TDAH da população em geral. Revelou-se que obtinham a maioria das informações de fontes leigas (como televisão, amigos, escolas e jornais) ao invés de procurarem informações com médicos. Apesar de parecer existir um excesso de diagnósticos de TDAH ou diagnósticos errôneos, estudos indicam que a maioria das pessoas que possuem esse transtorno permanecem sem medicação ou diagnóstico[13].

Segundo Grevet et al. [14] as percepções dos pacientes podem ser focos de ações psicoeducacionais, envolvendo conhecimento sobre a gravidade dos distúrbios, a suscetibilidade e os benefícios das intervenções. Diversos estudos de crenças em saúde para o TDAH consideram essencial o aumento de ações educativas[15].

O mesmo autor destaca que, em um estudo nacionalmente representativo, mais da metade dos adultos entrevistados não conseguem identificar o TDAH e um em cada cinco dos que conseguem identificá-lo rejeitam o rótulo de doença mental. Além disso, os sintomas de depressão foram classificados como mais graves que os sintomas de TDAH e mais de um terço dos entrevistados acreditam que essa condição melhorará sem tratamento. Logo, é imprescindível um maior conhecimento do público sobre esse distúrbio, visto que conhecimento e crenças errôneas podem interferir na busca ou adesão à ajuda [15,16].

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

O objetivo desse estudo é avaliar o nível de conhecimento da população entre 21 a 50 anos sobre o que é e quais os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e se há escassez de informações corretas acerca desse distúrbio. Além disso, caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes e analisar os estereótipos que a sociedade cria e reproduz sobre o transtorno.

METODOLOGIA

O delineamento amostral foi aleatório, utilizando como critério de inclusão homens e mulheres, com idade entre 21 e 50 anos, como critério de exclusão, os formulários que não estiverem preenchidos na íntegra ou repetidos. Os participantes da pesquisa foram recrutados por meio de redes sociais como Facebook e WhatsApp.

A coleta de dados foi realizada em uma etapa única nos meses de janeiro e fevereiro de 2021 por intermédio de uma plataforma online: *Google Forms.* O *link* foi enviado diretamente via redes sociais, em que foi aplicado um questionário com um roteiro semiestruturado. Os participantes responderam ao Questionário de Conhecimento e Crenças aplicado por KOS et al. [1]. Alguns itens do questionário original foram omitidos com o intuito de não ficar muito extenso e cansativo para os participantes responderem.

Os participantes receberam um questionário organizado em 3 secções. A primeira seção continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A segunda continha perguntas de múltipla escolha sobre antecedentes demográficos (por exemplo, idade, sexo, educação e renda). Na terceira seção, havia 21 declarações relacionadas ao TDAH, com opções de respostas Verdadeira, Falsa e Não Sabe. Posteriormente, as respostas aos itens foram codificadas como correta (ou seja, resposta precisa; pontuação do item = 1) e Incorreta ou Não sabe (ou seja, conhecimento impreciso; pontuação do item = 0). As pontuações foram somadas, resultando em uma escala de pontuação de 0 a 21, com pontuações altas indicando conhecimento mais preciso. Os documentos preenchidos foram codificados com o intuito de preservar o anonimato dos entrevistados.

Por fim, essas respostas foram investigadas, a partir da análise categorial de conteúdo de Bardin[2] e relacionadas com os dados sociodemográficos dos participantes. O software utilizado na análise estatística foi o Microsoft Excel.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente em Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar) de acordo com o parecer 4368546 e CAAE: 39257520.0.0000.5539. Os participantes antes das entrevistas foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e a seus direitos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e neste momento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de maneira online.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente estudo foram entrevistadas 400 pessoas. A maioria dos participantes era do sexo feminino, 80,7% (n= 323), na faixa etária de 21 a 25 anos, 61% (n=244), com renda familiar mensal entre 3 e 6 salários mínimos, 25,7% (n=103), e com nível superior de escolaridade, 58,5% (n=234).

A Tabela 1 apresenta a média dos resultados em relação às declarações corretas sobre o TDAH, conforme as informações demográficas.

Em relação à média de respostas corretas relacionada às informações demográficas, sendo 21 a pontuação máxima, as mulheres acertaram 13,3095 e os homens 11,935. Conforme o nível de escolaridade, as pessoas com especialização (15,50% do total de entrevistados) tiveram a melhor média de respostas corretas com 13,5967, seguida do ensino superior (58,50% do total de entrevistados) com 13,0213 e Ensino Médio (antigo 2º grau) (25,25% do total de entrevistados) com 12,7623, mostrando que quanto maior o nível de escolaridade, maior a pontuação no questionário, porém essa relação não é muito significativa (Tabela 1).

Segundo o critério de renda familiar mensal, a menor pontuação foi obtida pelas pessoas com renda de 6 a 9 salários mínimos (de R$ 6.270 até 9.405,00) (n=36), sendo que 100% (n=36) são do sexo feminino, 66,6% (n=24) possuem de 21 a 25 anos, 16,6% (n=6) possuem de 31 a 35 anos, 2,77% (n=1) possuem de 36 a 40 anos, 8,33% (n=3) possuem de 41 a 45 anos, 5,55% (n=2) possuem de 46 a 50 anos, 30,5% (n=11) possuem somente ensino médio completo, 52,7% (n=19) possuem ensino superior completo e 16,6% (n=6) possuem especialização.

Além disso, segundo o critério de renda familiar mensal, a que teve maior pontuação foram as pessoas com mais de 15 salários mínimos (mais de 15.675,00) (n=43), sendo que, dessa população, 100% (n=43) são do sexo feminino, 81,3% (n=35) possuem de 21 a 25 anos, 6,97% (n=3) possuem de 26 a 30 anos, 2,32 % (n=1) possuem de 31 a 35 anos, 2,32 % (n=1) possuem de 36 a 40 anos, 2,32 % (n=1) possuem de 41 a 45 anos, 4,65% (n=2) possuem de 46 a 50 anos, 32,5% (n=14) possuem ensino médio completo, 51,1% (n=22) possuem ensino superior completo e 16,2% (n=7) possuem especialização.

Logo, a pontuação, de acordo com o critério de renda familiar mensal, não está relacionada com a idade e nível de escolaridade, pois em ambos mais de 50% possuem de 21 a 25 anos e nível de escolaridade semelhantes, assim evidenciando que a maior pontuação está associada a maior renda familiar mensal.

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

As pessoas de 31 a 35 (n=36) anos foram as que obtiveram a melhor média de respostas corretas, com 15,1388, e, em último lugar, vieram as pessoas com 46 a 50 (n=22) anos, com 12,2272. A análise de acordo com a idade mostrou que apesar de um maior nível de escolaridade e renda, as pessoas com 46 a 50 anos atingiram menor média de acertos no questionário em relação às pessoas de 31 a 35 anos que alcançaram a melhor média (Tabela 2).

O quadro sintomático do indivíduo com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade é resultado de múltiplos fatores biológicos e ambientais que interagem e se influenciam mutuamente, levando a um padrão único de funcionamento. A Tabela 3, expressa a opinião quanto ao conhecimento e crenças sobre o TDAH.

Quanto ao conhecimento e crenças sobre o TDAH, 41% (n=162) afirmam que há um número maior de meninos do que meninas com TDAH. O TDAH é mais frequente, na população em geral, no sexo masculino do que feminino, com uma proporção de 2:1 nas crianças e 1,6:1 nos adultos[17]. A diferença nessa proporção pode ser decorrente do fato de pessoas do sexo feminino apresentarem principalmente transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta em comorbidade, assim, apresentando menos incômodo às pessoas em sua volta, e, portanto, sendo menos encaminhadas a tratamento[18].

De acordo com os dados, 65% (n=258) acreditam que pessoas com TDAH nascem com vulnerabilidade biológicas para desatenção e autocontrole deficiente, 56% (n=222) dos entrevistados na população em geral concordam que o TDAH pode ser herdado e 46% (n=183) não sabem se a causa do TDAH é desconhecida. Existe uma resistência pública em aceitar que o TDAH possui bases biológicas e que provavelmente sua origem seja neurogenética[19].

Em relação aos estudos da genética do TDAH, esse é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. De acordo com Todd [20], em estudos com famílias com gêmeos e adotados, o risco de recorrência do TDAH entre pais e irmãos é cerca de cinco vezes maior que a prevalência na população. Em um outro estudo realizado com 25 crianças adotadas, foi demonstrado uma prevalência de aproximadamente três vezes mais TDAH entre os pais biológicos de crianças afetadas do que entre os pais adotivos [21]. Entretanto, a herdabilidade do TDAH é substancial, pois, não foi evidenciado nenhum gene como necessário ou suficiente para o desenvolvimento do transtorno[17], fato que pode ser explicado pela complexidade do transtorno [20].

Como mostra a Tabela 3, 64% (n=255) dos entrevistados na população em geral não sabem dizer se uma pessoa que responde a medicamentos estimulantes, provavelmente terá TDAH. São escassos os estudos que mostram os potenciais benefícios do metilfenidato(MPH) em indivíduos que não sofrem de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). No entanto, uma meta-análise demonstrou que doses únicas de MPH melhoram o desempenho cognitivo na população saudável nos domínios da memória de trabalho (65% dos estudos incluídos) e velocidade de processamento (48%) e, em menor grau, também podem melhorar o aprendizado verbal e memória (31%), atenção e vigilância (29%) e raciocínio e resolução de problemas (18%), mas não tem efeito na aprendizagem visual e na memória[22].

Além disso, 85% (n=340) dos entrevistados na população em geral não concorda que se uma pessoa pode jogar videogame ou assistir televisão por horas, é provável que ele tenha TDAH e 49% (n=197) não concordam que pessoas com TDAH não conseguem ficar quietas o suficiente para prestar atenção. A motivação modula a habilidade de focar a atenção e inibir uma ação, logo, quase todas as pessoas, incluindo aquelas afetadas pelo TDAH, podem prestar atenção mesmo por longos períodos quando motivadas. Em situações associadas à motivação, áreas do cérebro relacionadas com a atenção e a execução de funções são influenciadas pela liberação de dopamina[23]. Assim, em situações altamente motivadoras como jogar videogame, os indivíduos com TDAH geralmente conseguem se concentrar muito bem.

Ademais, 19% (n=76) dos entrevistados não acreditam que uma pessoa que não é hiperativa, mas deixa de prestar atenção, pode ter TDAH. Indivíduos com TDAH possuem dificuldade, em situações sem motivação moderada a alta, em se concentrar e inibir a resposta motora ou o movimento nas atividades do dia a dia, pois o nível de estimulação não é alto o suficiente para manter o cérebro ativado conforme necessário. Isso ocorre devido ao comprometimento da função e/ou desequilíbrio dos neurotransmissores e estrutura cerebral e não devido a uma menor força de vontade da pessoa [24]. Por esses motivos é necessário não descartar o diagnóstico de TDAH apenas baseado na falta de hiperatividade / impulsividade ou desatenção no consultório médico [24].

Sobre o TDAH ser geralmente causado por aditivos alimentares (por exemplo, açúcar ou cafeína), 75% (n=298) não acreditam nessa afirmação. Existem estudos, porém, que se contradizem a respeito do açúcar como causa do TDAH. Dessa forma, alguns explicam que o açúcar estaria relacionado com o sistema de recompensa no corpo estriado, gerando, assim, uma necessidade compensatória de consumir o açúcar [25]. Já outros estudos afirmam não haver relação de açúcar com a causa do TDAH, inclusive, alguns colocam o açúcar como algo positivo para portadores do transtorno [26]. Há estudos que citam a cafeína como um tratamento alternativo para o TDAH, apesar de ter efeito positivo comparado ao placebo, tem efeito muito pequeno comparado ao metilfenidato ou outros medicamentos geralmente usados nesses pacientes[27].

Conforme os dados, 53% (n=212) não acreditam que dietas geralmente são uteis no tratamento da maioria das crianças com TDAH. Estudos expõem que as dietas ricas em carnes vermelhas, carnes processadas, frituras e gorduras animais e hidrogenadas estão relacionadas a um risco aumentado para o TDAH e também para ansiedade e depressão em crianças e adolescentes, e, em contraste, a dieta rica em frutas, vegetais e lacticínios é um fator protetor contra o transtorno [28].

Em relação às pessoas com TDAH sempre precisarem de um ambiente silencioso para se concentrar, 41% (n=163) dos entrevistados não concordam com essa afirmação. Observa-se uma menor capacidade de concentração para pessoas com TDAH quando em

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

ambientes barulhentos/ruidosos, levando a pessoa a interromper a atividade que estava realizando por se distrair e desfocar [29].

Uma grande porcentagem dos entrevistados (80%) afirma que existem subtipos de TDAH e 77% (n=308) não acreditam que todas as crianças com TDAH são hiperativas. O DSM-V subdivide o TDAH em três tipos, quais sejam: a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; c) TDAH combinado com critérios tanto de distúrbio de atenção quanto de hiperatividade/impulsividade [17].

Apenas 13% (n=53) dos entrevistados afirmam que pessoas com TDAH costumam ter boas relações entre colegas devido a sua natureza extrovertida. Pessoas com TDAH têm, na maioria das vezes, relações interpessoais comprometidas, tanto com amigos quanto familiares, isso se dá pelo conjunto de sintomas que levam a uma maior dificuldade de socialização. A instabilidade emocional, irritabilidade e desorganização leva a um afastamento ou dificuldade de aproximação tanto da parte do afetado pelo TDAH quanto dos não afetados, o que leva a um sofrimento muito grande com consequências na vida adulta[30].

Ademais, 53% (212 pessoas) concordam que a disfunção familiar pode aumentar a probabilidade de uma criança ser diagnosticada com TDAH e 81% (325 pessoas) não acreditam que o TDAH é resultado de más práticas parentais. Além das causas genéticas e biológicas do TDAH, também é possível observar fatores ambientais associados, nesses fatores, pode-se citar a questão do apego pais-filhos, a criação e também a disfunção familiar. Por outro lado, esses aspectos não estariam apontados como causa e sim como fatores de risco para piora dos sintomas [31].

No que diz respeito a pessoas com TDAH geralmente demostrarem uma não adesão a rotinas e rituais específicos, 60% (n=240) dos entrevistados concordam com essa afirmação. Assim, de fato adultos com TDAH têm como obstáculo respeitar cronogramas e rotinas, o que causa uma piora no desempenho profissional, isso se deve tanto à desatenção durante a prática das atividades quanto a toda a rotina de organização e também de sono. Isto é observado como problema para pessoas com TDAH, que costumam ter dificuldade para dormir e também para acordar de manhã e apresentar um sono excessivo durante o dia ao realizar atividades que demandam tempo e foco [32].

Foi observado também que quase metade dos entrevistados não sabiam (21%) ou negaram (25%) que o TDAH poderia ser diagnosticado no consultório médico na maioria das vezes. Esta afirmação é um erro, uma vez que é sim um diagnóstico clínico, que se baseia nos critérios propostos pelo DSM-V[17,] que avalia os sintomas de desatenção, de hiperatividade e os gerais, obtendo como pontuação para diagnóstico pelo menos 6 sintomas se abaixo de 16 anos e, quando 17 anos ou mais, necessita de pelo menos 5 sintomas [17].

Além disso, apenas 8% (31 pessoas) acreditam que a medicação é uma cura para o TDAH e, de fato, apesar dos medicamentos e da psicoterapia serem ótimos meios para redução dos sintomas e das dificuldades sociais e educacionais enfrentadas por pessoas com o transtorno, nenhum deles é curativo[33].

Uma grande parte dos entrevistados (93%) atestam que mesmo com o uso de medicação, as intervenções educacionais geralmente são necessárias. Atualmente, três tipos de tratamento do TDAH têm sido adotados: terapia comportamental, farmacológica e a combinação das terapias farmacológica e comportamental[34]. As terapias comportamentais apenas reduzem efeito no desempenho ou sintomas da criança com TDAH, mas, ao associar a terapia comportamental com a medicação, ocorre uma melhora no seu desempenho, logo, diminui a quantidade necessária de medicação estimulante[35].

A Tabela 3 ainda mostra que 45% (n=179) dos entrevistados na população em geral não sabem responder se existem pesquisas que mostram que o uso prolongado de medicamentos para TDAH levam ao aumento da dependência de drogas e álcool na idade adulta. Não existem evidências de que o uso de medicamentos para o TDAH intensifique o transtorno por uso de substâncias psicoativas[36] e nem que doses terapêuticas de metilfenidato piorem a adição mesmo em pacientes que estão utilizando drogas [37]. Além disso, o metilfenidato não possui o mesmo potencial de abuso que outras substâncias, como a cocaína[38].

Tabela 1. Média das respostas corretas de acordo com as informações demográficas

Dado demográfico	Somas da média das respostas corretas
De 3 a 6 salários mínimos (de R$ 3.135,00 até R$ 6.270,00)	13,3883
De 6 a 9 salários mínimos (de R$ 6.270 até R$ 9.405,00)	11,9583
De 9 a 12 salários mínimos (de R$ 9.405,00 até R$ 12.540,00)	12,9767
De 12 a 15 salários mínimos (de R$ 12.540,00 até R$ 15.675,00)	12,8461
Mais de 15 salários mínimos (mais de 15.675,00)	13,3275

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

***Fonte**: Autoria dos próprios autores.*

Tabela 2. Informações demográficas dos entrevistados na faixa etária de 31 a 35 anos e 46 a 50 anos

	31 a 35 (n=36)		46 a 50 (n=22)	
	N	%	N	%
SEXO				
Sexo feminino	33	91,6	21	95,45
Sexo masculino	3	8,33	1	4,54
Qual é o seu nível de escolaridade?				
Da 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio)	1	2,77	-	-
Ensino Médio (antigo 2º grau)	5	13,8	3	13,63
Ensino Superior	18	50	8	36,36
Especialização	12	33	11	50
Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?				
Até 1 salário mínimo (até R$ 1.045,00)	3	8,33	-	-
De 1 a 3 salários mínimos (de R$ 1.045,00 até R$ 3.135,00)	10	27,77	2	9,09
De 12 a 15 salários mínimos (de R$ 12.540,00 até R$ 15.675,00)	2	5,55	4	18,18
De 3 a 6 salários mínimos (de R$ 3.135,00 até R$ 6.270,00)	13	36,11	9	40,9
De 6 a 9 salários mínimos (de R$ 6.270,00 até R$ 9.405,00)	6	16,6	2	9,09
De 9 a 12 salários mínimos (de R$ 9.405,00 até 12.540,00)	-	-	3	13,63
Mais de 15 salários mínimos (mais de R$ 15.675,00)	1	2,77	2	9,09
Nenhuma renda	1	2,77	-	-

***Fonte**: Autoria dos próprios autores.*

Tabela 3. Opinião dos grupos estudados quanto ao conhecimento e crenças sobre o TDHA

	Verdadeira		Falsa		Não sei		Resposta correta
	N	%	N	%	N	%	
Há um número maior de meninos do que meninas com TDAH.	162	41	58	15	180	45	Verdadeira
Se a medicação é prescrita, as intervenções educacionais geralmente são desnecessárias.	10	3	371	93	19	5	Falsa
Pessoas com TDAH nascem com vulnerabilidades biológicas para desatenção e autocontrole deficiente.	258	65	37	9	105	26	Verdadeira
Se uma pessoa responder a medicamentos estimulantes (por exemplo, Ritalina), provavelmente terá TDAH.	40	10	105	26	255	64	Falsa
Uma pessoa que não é hiperativa, mas deixa de prestar atenção, pode ter TDAH.	239	60	76	19	85	21	Verdadeira
O TDAH geralmente é causado por aditivos alimentares (por exemplo, açúcar ou cafeína)	19	5	298	75	83	21	Falsa

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

O TDAH pode ser diagnosticado no consultório médico na maioria das vezes.	215	54	100	25	85	21	Verdadeira
Pessoas com TDAH sempre precisam de um ambiente silencioso para se concentrar.	134	34	163	41	103	26	Verdadeira
Dietas geralmente não são úteis no tratamento da maioria das crianças com TDAH.	51	13	212	53	137	34	Falsa
O TDAH pode ser herdado.	222	56	28	7	150	38	Verdadeira
Medicação é uma cura para o TDAH.	31	8	326	82	43	11	Falsa
Todas as crianças com TDAH são hiperativas.	30	8	308	77	62	16	Falsa
Existem subtipos de TDAH.	321	80	6	2	73	18	Verdadeira
A causa do TDAH é desconhecida.	144	36	73	18	183	46	Falsa
O TDAH é o resultado de más práticas parentais.	9	2	325	81	66	17	Falsa
Se uma pessoa pode jogar videogame ou assistir televisão por horas, é provável que ela não tenha TDAH.	14	4	340	85	46	12	Falsa
Pessoas com TDAH não conseguem ficar quietas o suficiente para prestar atenção.	136	34	197	49	67	17	Falsa
A disfunção familiar pode aumentar a probabilidade de uma criança ser diagnosticada com TDAH.	212	53	56	14	132	33	Falsa
Pessoas com TDAH costumam ter boas relações entre colegas por causa de sua natureza extrovertida.	53	13	234	59	113	28	Falsa
Pesquisas mostram que o uso prolongado de medicamentos para TDAH levam ao aumento da dependência (isto é, drogas, álcool) na idade adulta.	116	29	105	26	179	45	Falsa
Pessoas com TDAH geralmente demonstram uma não adesão a rotinas e rituais específicos.	240	60	54	14	106	27	Verdadeira

***Fonte**: Autoria dos próprios autores.*

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

CONCLUSÃO

Este estudo conclui que o conhecimento acerca do TDAH ainda é insuficiente para muitos, com pouca variação entre participantes de diferentes níveis de escolaridade, tanto a respeito do que é o transtorno quanto de seus subtipos, diagnóstico e tratamentos.

O estudo possui certa margem de erro, uma vez que a maioria dos participantes era do mesmo sexo e não houve grande variação de renda. Porém, a despeito deste fato, é possível observar que, apesar de ser um distúrbio comum, com uma taxa de prevalência de aproximadamente 5% entre crianças e adolescentes, muitas vezes não é reconhecido e, consequentemente, não é diagnosticado e tratado, levando à percepção de que são crianças preguiçosas ou que não se esforçam, resultando em subdiagnóstico.

O TDAH não é um assunto muito discutido no cotidiano. Ainda que seja de extrema importância, há uma visível falta de conscientização da população geral sobre o transtorno, que muitas vezes é banalizado, mesmo tendo uma causa conhecida e vulnerabilidade genética. Conclui-se que, como distúrbio neurológico, pacientes com TDAH são alvo de banalização e descrença, e a falta de conhecimento aprofundado da população, além da presença de estereótipos, podem dificultar a chegada dos pacientes ao diagnóstico.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores declaram que não há qualquer conflito de interesse relacionado a esta pesquisa e sua publicação.

FINANCIAMENTO

Todos os autores declaram que não houveram patrocínios ou fontes de financiamento para realização desta pesquisa.

BIBLIOGRAFIA

1. Kos JM, Richdal AL, Jackson MS. Knowledge about Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: A comparison of in-service and preservice teachers. Psychology in the Schools. 2004; 41(5): 517–526. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282776028_Knowledge_of_attentiondeficit_hyperactivity_disorder_ADHD_-_a_comparison_of_pre-service_teachers_in_primary_and_special_education_in_Germany

2. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011. Disponível em: https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf

3. Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med; Jan 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15647579/

4. Knipp DK. Teens' perceptions about attention deficit/hyperactivity disorder and medications. J Sch Nurs. 2006; 22:120-5. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16563036/

5. Lara C, Fayyad J, Graaf R, Kessler R, Angermeyer M, Demytteneare K, et al. Childhood predictors of adult attention- deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Biol Psychiatry. Jan 2009;65(1):46-54. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19006789/

6. Garcia M, Rouchy E, Galéra C, Tzourio C, Michel G. The relation between ADHD symptoms, perceived stress and binge drinking in college students. Psychiatry Research. Fev 2020; 284:1-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31740216/

7. Bussing R, Zima B, Mason D, Porter P, Garvan C.Receiving treatment for attention- deficit hyperactivity disorder: Do the perspectives of adolescents matter?. J Adolesc Health. Jul 2011; 49(1):7-14. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21700150/

8. Harpaz-rotemI I, Leslie D, Rosenheck RA. Treatment retention namong children entering a new episode of mental health care. Psychiatr Serv. Set 2004;55 (9):1022-1028. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15345762/

9. Pescolido BA, Perry BL, Martin JK, McLeood JD, Jensen PS. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. Psychiatr Serv. Mai 2007; 58(5):613-618. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17463340/

10. Coleman D, Walker JS, Lee J, Friesen BJ, Squire PN. Children's beliefs about causes of child- hood depression and ADHD: A study of stigmatization. Psychiatr Serv. Jul 2009; 60(7):950-957. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19564226/

11. Speerforck S, Stolzenburg S, Hertel J, Grabe HJ, Straud M, Carta MG, et al. ADHD, stigma and continuum beliefs: A population survey on public attitudes towards children and adults with attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatry Research. Dez 2019; 282:1-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558401/

12. Bussing R, Schoenberg NE, Perwien AR. Knowledge and information about ADHD: evidence of cultural differences among African-American and white parents. Soc Sci Med. Abr 1998; 46(7):919-928. Disponível em: https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v46y1998i7p919-928.html

13. Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G.A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Family Practice. Abr 2003; 20 (2):129–134. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12651785/

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

14. Grevet EH, Abreu PB, Shansis, F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Rev. Psiquiatr, Rio Gd. Sul. Dez 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rprs/a/hgDfg4MPXpPMDvRTWxVPXbP/?lang=pt

15. Pescolido BA, Jensen OS, Martin JK, Perry BL, Olafsdottir S, Fettes D. Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Mar 2008; 47(3):339-349. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18216729/

16. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. 50th anniversary of psychiatric attitude research in Germany. Psychiat. Prax. 2017;44:377–392. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28561218/

17. American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014. Disponível em: https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf

18. Golfeto JH, Barbosa G. Epidemiologia. In: Rohde LA, Mattos P, editores. Princípios e Práticas em TDAH. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003. 15-34 p.

19. Barkley RA. Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press, 1998. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247447/

20. Todd RD. Genetics of attention déficit/hyperactivity disorder: are we ready for molecular genetic studies? American Journal of Medical Genetics. 2000; 96 (3):241-243. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10898892/

21. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV.Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39:1432-1437. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11068899/

22. Linssen AMW, Sambeth A, Vuurman EFP, Riedel WJ. Cognitive effects of methylphenidate in healthy volunteers: a review of single dose studies. Int J Neuropsychopharmacol. Jun 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24423151/

23. Berridge KC, Kringelbach ML. Pleasure systems in the brain. Neuron. Mai 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425246/

24. Rhode LA, Buitelaar JK, Gerlach M, Faraone SV. Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD. Porto Alegre, RS: Artmed. 2019;17-41. Disponível em: https://dokumen.pub/guia-para-compreensao-e-manejo-do-tdah-da-world-federation-of-adhd-portuguese-edition-1nbsped-9788582715604.html

25. Schwartz MW, Woods SC, Porte D, Seeley RJ, Baskin DG.Central nervous system control of food intake. Nature. 2000; 404:661–671. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10766253/

26. Del-ponte B, Anselmi L, Assuncão MCF, Tovo-rodrigues L, Munhoz TN, Matijasevich A, et al. Sugar consumption and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A birth cohort study. J Affect Disord. Jan 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30257225/

27. Ioannidis K, Chamberlain SR, Müller U. Ostracising caffeine from the pharmacological arsenal for attention-deficit hyperactivity disorder – was this a correct decision? A literature review. Journal of Psychopharmacology. 2014: 28(9):830–836. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24989644/

28. Shareghfarid E, Sangsefidi ZS, Amin Salehi-Abargouei A, Hosseinzadeh M. Empirically derived dietary patterns and food groups intake in relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr ESPEN. Abr 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220366/

29. Costa CR, Moreira JCC, Seabrara Júnio MO. Estratégias de Ensino e Recursos Pedagógicos Para o Ensino de Alunos com TDAH em Aulas de Educação Física. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília. Jan-Mar 2015; 21 (1):111-126. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbee/a/bv9tRkHHtGWrHqp9KXhS7Bw/abstract/?lang=pt

30. Gomes M, Palmini A, Barbirato F, Augustu L, Mattos, RP. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. J. bras. Psiquiatr. 2007;56(2). Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/m3vLydYvV5rdGmCkBfZjyRd/

31. Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Rev Saúde Pública. 2012; 46(4):624-632. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/yDfwgymmXn36qkdHQXmRWCw/abstract/?lang=pt

32. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Transcultural adaptation of the Adult Self-Report Scale into portuguese for evaluation of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo. 2006; 33(4). Disponível em: https://www.revistas.usp.br/acp/article/view/17051

33. Barkley RA. Adolescents with attention-deficit/hyperatcitivy disorders: an overview of empirically based treatments. J Psychiatr Pract. Jan 2004; 10:39-56. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15334986/

34. Swanson J, Posner M, Fusella J, Wasdell M, Sommer T, Fan J. Genes and attention-deficit hyperactivity disorder. Clinical Neuroscience Research. 2001; 1(3):207-216. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11276403/

CC BY

DOI: 10.53843/bms.v9i13.651

35. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. Pediatrics. Jun 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15930203/

36. Wilens TE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. Am J Psychiatry. 2006; 163(12):2059-63. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15063998/

37. Wilens TE, Dodson WA. Clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. J Clin Psychiatry. 2004; 65(10):1301-1313. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15491232/

38. Volkow ND, Fowler JS, Wang G, Ding Y, Gatley SJ. Mechanism of action of methylphenidate: insights from PET imaging studies. J Atten Disord. 2002; 6(1):31-43. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12685517/

CC BY