

**A RELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA FAMÍLIA E A
PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE
ENSINO DE MARINGÁ-PR**

BARBARA MAGALHÃES BARROS ARCO-VERDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**MARINGÁ
2013**

CESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**A RELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA FAMÍLIA E A
PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE
ENSINO DE MARINGÁ-PR**

**Dissertação de mestrado
apresentada ao Centro Universitário
de Maringá UniCESUMAR, como
requisito à obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula
Machado Velho**

**Co-orientador: Prof. Dr. José
Eduardo Gonçalves**

**MARINGÁ/PR
DEZEMBRO 2013**

Arco-Verde, Barbara Magalhães Barros

A relação de hábitos de vida saudáveis na família e a prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Escolares da Rede Municipal de Maringá – PR.

Pesquisa Qualitativa Comparativa/Barbara Magalhães

Barros Arco-Verde

Maringá, 2013

70 p.; 33 cm

Dissertação (Mestrado) – Uni CESUMAR – Centro Universitário de Maringá .

Área de Concentração: Promoção de Saúde

Orientador: Profª . Drª. Ana Paula Machado Velho.

Co-orientador: José Eduardo Gonçalves

Palavras Chaves:TDAH. Hábitos saudáveis. Reabilitação. Medicalização. Escola.

Aos pais e professores, que se desgastam com os filhos e alunos diferentes, e ainda não encararam o desafio de descobrir suas habilidades e de aceitá - los como bênçãos.

Ao Criador, Médico dos Médicos e Pai, por ter se revelado, através de Sua palavra e dado estratégias restauradoras para esse tempo.

Ao meu esposo Fernando, companheiro nesta trajetória desafiante.

Aos nossos filhos Eric e Malu razão de nossa busca por aprimoramento.

À minha mãe Barbara pelo exemplo de vida e meu irmão Ricardo, que tornaram possível a conclusão dessa meta.

Aos amigos de mestrado que enriqueceram essa caminhada com suas experiências e apoio.

Aos professores que compartilharam a essência de seu saber e, especialmente, a Dra. Ana Paula que, com humor e respeito, motivou-me a concluir essa etapa e continuar a aprender, a conhecer e a compartilhar.

“A Natureza necessita de algum apoio para pôr as coisas em seu devido lugar, e esta assistência pode encontrar-se nos remédios mais simples, especialmente aqueles que a própria natureza provê [...] Se os que sofrem fizerem apenas o melhor que sabem com relação a viver os princípios de saúde, hábitos saudáveis perseverantemente, nove de cada dez, ficarão livres de seus males”.

Ellen White

SUMÁRIO

Dedicatória	03
Agradecimentos	04
Epígrafe	05
Sumário	06
Listas Tabelas.....	09
Listas Abreviaturas.....	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Justificativa	18
1 Objetivos	19
1.1 Objetivo Geral	19
1.2 Objetivo Específico	20
Referências	20
Apresentação dos artigos.....	23
Artigo 1 - A relação dos hábitos alimentares, de sono e atividade física e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma Revisão Bibliográfica..	24
Resumo	24
Introdução	24
Os hábitos saudáveis e a qualidade de vida.....	30
Experiência profissional.....	32

Conclusão	33
Referências.....	34
Artigo 2 - Correlação entre a presença de hábitos de vida saudável e a frequência de transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade entre escolares da rede Municipal de Ensino de Maringá-Pr.....	38
Resumo	38
Introdução	40
Método.....	43
Público da Pesquisa.....	45
Resultados – Perfil dos entrevistados.....	46
Análise dos Resultados	54
Conclusão.....	55
Referências.....	56
Conclusão Geral.....	58
Perspectivas Futuras.....	59
Anexos	60
Anexo 1- Parecer Consubstanciado do CEP.....	60
Anexo 2 - Termo de Consentimento de Pesquisa da Secretaria de Educação do Município de Maringá.....	63
Anexo 3 - Normas de Publicação da Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação.....	64
Anexo 4 - Normas de Publicação da Revista Psicologias, Saúde & Doenças.	
Instruções aos Autores.....	69

Apêndices	73
Apêndice 1 – Questionários.....	73
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	78
Apêndice 3 – Tabelas.....	80

Listas Tabelas

Tabela 1. Perfil dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 2. Perfil dos pais dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 3. Hábitos dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 4. Rotina dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 5. Hábitos alimentares dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá- PR em abril de 2013.

Tabela 6. Variáveis dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 7. Rotina familiar dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Tabela 8. Quanto a indicação e efeitos da medicação segundo os pais e quanto aos efeitos da medicação segundo os filhos avaliados portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Listas Abreviaturas

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

IBSP – Instituto Brasileiro para Saúde Preventiva

SEDUC – Secretaria Municipal de Educação de Maingá

IPDA – Instituto Paulista de Déficit de Atenção

RESUMO

A prática de hábitos saudáveis se relaciona com o melhor desempenho humano. Em vista disso, este trabalho avalia a importância destes hábitos na ocorrência dos sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que tem sido progressiva em crianças e adolescentes. No Brasil, a prevalência do Transtorno chega a 5% da população escolar. Segundo a Secretaria Municipal de Educação de Maringá, em 2013, foram diagnosticados com o transtorno 2,47% dos alunos. Esta pesquisa abordou, com questionário semiestruturado, um grupo de alunos do 4º ano de 13 Escolas da Rede de Ensino Municipal de Maringá com diagnóstico de TDAH e outro grupo, das mesmas turmas, sem o diagnóstico com bom desempenho escolar, indicados pelos professores. Os resultados foram analisados estatisticamente com o auxílio do *Software Statistica 8*. Entre os 92 alunos pesquisados, prevaleceu a questão de gênero: 79,16 % dos alunos com TDAH são do sexo masculino e 75% dos indicados pelo bom desempenho escolar são do sexo feminino. Quanto aos hábitos de vida, se confirma a hipótese de que, entre as crianças com TDAH, existe um maior número que não consome alimentos saudáveis, usa mais doces e refrigerantes diariamente, bebe pouca água, dorme pouco e tarde e prefere atividades de lazer sedentárias.

Palavras chaves: TDAH, hábitos saudáveis, reabilitação, medicalização, escola.

ABSTRACT

The practice of healthy habits relates to the best human performance. In view of this, this paper assesses the importance of these habits on the occurrence of symptoms for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) that has been progressive in children and adolescents. In Brazil, the prevalence of the disorder reaches 5% of the school population. According to the Maringá Municipal Education Department, in 2013 were diagnosed with the disorder 2.47% of the students. This research dealt with semi-structured questionnaire, a group of students in the 4th year of 13 schools in 2013, the Maringá Municipal Education Network diagnosed with ADHD and another group of the same class, with good academic performance, indicated by the teachers. The results were plotted on spreadsheets using Microsoft Excel 2010 and analyzed statistically with the aid of the software Statistica 8. Among the 92 students, the prevail the issue of gender, 79.16% of students with ADHD were male and 75% were female with better school performance, As for lifestyle, it confirms the hypothesis that among children ADHD, there are a larger number who do not like healthy foods, use more candy and sodas daily, drink little water, and sleeps a little and late and prefer sedentary activities.

Keywords: ADHD. Healthy habits. Rehabilitation. Medicalization. School.

INTRODUÇÃO

A necessidade da prática de hábitos saudáveis levou o Instituto Brasileiro para a Saúde Preventiva - IBSP e a Secretaria Municipal de Educação de Maringá, a fazerem uma parceria no Projeto “Nutrição Saudável para Crianças”, em 2007. A iniciativa atendeu 3.800 crianças de quatro e cinco anos, que freqüentavam os 48 Centros de Educação Infantil de Maringá, através de atividades lúdico educativas, com o tema *Oito Amiguinhos da Saúde - ar puro, água pura, luz solar, exercício físico, descanso, alimentação saudável, temperança e confiança em Deus*. Numa segunda etapa, em 2009, participaram 1.875 crianças do *Projeto Culinária Mirim* (2009), ação registrada na Revista Maringá Ensina, número 10, de 2009, por meio da qual os alunos aprenderam a produzir pão integral.

Essas ações vêm ao encontro da hipótese deste trabalho, a de que os hábitos de vida saudáveis podem ser importantes para a minimização de vários problemas, entre eles a incidência de sinais e sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, em estudantes.

A incidência do TDAH tem sido progressiva em crianças e, mais ainda, nos adolescentes. No Brasil, a prevalência do transtorno é de 3,6 a 5% da população escolar, sendo o predomínio da desatenção encontrado em 25% das crianças diagnosticadas. Em adolescentes de 12 a 14 anos, está em torno de 5,8% (XIMENES, 2008).

Assim como têm aumentado as informações em relação a essa problemática identificada na escola, o índice de medicalização também cresceu assustadoramente nos últimos anos. O Brasil é o segundo maior consumidor de Ritalina¹ do mundo. Um relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária mostra um consumo de 557.588 caixas do medicamento, em 2011, isto é, um aumento de 75% entre 2009 e 2011, deixando o país atrás, apenas, dos Estados Unidos da América (BRASIL, 2012).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Maringá (SEDUC), dos 19.712 alunos, 487 estavam diagnosticados com TDAH em 2012, ou seja,

¹ A Ritalina é um dos nomes comerciais do metilfenidato, um estimulante do grupo das anfetaminas. Suas principais indicações são para o tratamento do déficit de atenção com hiperatividade em crianças.

2,47%. Em 2013, no quarto ano, dos 3.309 alunos, 150 estavam diagnosticados, (4,53%), representando um contingente bastante significativo. Destes, 119 usam o metilfenidato, e 20,7% não estão tratados de forma convencional, ou, estão sem tratamento medicamentoso. Esse índice caiu 1,04% de 2012 para 2013, aproximando-se da média nacional, que é de 5% do total dos alunos do Ensino Fundamental. Muitos destes alunos são medicados na escola, pela professora, em sala de aula, no início do período escolar. São elas que em geral detectam as dificuldades e alertam os pais para buscarem orientação e tratamento médico.

O TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi adicionado ao Código Internacional de Doenças (CID), em 1995, como F900. Para seu diagnóstico é utilizado o DMS IV – Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais, 4ª Edição. Trata-se de um questionário sobre os hábitos e sintomas comuns às crianças com TDAH. É considerado um transtorno neurobiológico, de causas genéticas na maioria das vezes (80%), com maior incidência em gestação de adolescentes, em filhos de alcoolista, tabagista, dependente de drogas, em bebês prematuros com baixo peso, que sofrem carências nutricionais, infecções traumas, epilepsia (GOLMIRZAE, *et al* 2013). Surge na infância e freqüentemente e acompanha o indivíduo por toda a sua vida adulta em 50% dos casos. Envolve diferentes áreas do comportamento, sendo caracterizado por sintomas como desatenção, hiperatividade e impulsividade. A prevalência é maior em meninos do que em meninas. Estima-se que a proporção varia de 4:1 a 9:1 (BENCZIK,2000).

Na busca por diagnóstico, é fundamental garantir uma avaliação correta, o que nem sempre é fácil. O EEG - Eletro Encefalograma é solicitado para avaliação da atividade bioelétrica cerebral, afastando assim outros distúrbios. Mas, em geral, é o único exame indicado antes de iniciar o tratamento do transtorno de comportamento. Ele poderá identificar excesso de atividade de padrões de ondas lentas (abaixo de 8 pulsos por segundo) no córtex pré-frontal (DIAS, 2013), mas ainda não se chegou a uma imagem cerebral que leve ao diagnóstico " biológico" do TDAH, ou seja, assim como muitas doenças psiquiátricas, este transtorno é legitimado pela autoridade profissional da área, que considera o contexto moral, político, econômico da época. Por isso, o debate quanto ao diagnóstico continua em aberto (CALIMAN, 2009).

Para que haja menos erros de diagnóstico, é imprescindível, portanto, a descrição honesta do que ocorre, com a criança durante o tempo em que está em

outros ambientes. A confiança mútua entre pais, professores e médico é fundamental, para que se saiba os fatos relevantes do comportamento do aluno (ROHDE; MATTOS *et al*, 2003).

De acordo com Bastos e Bueno (2002), pais e professores devem estar atentos, pois as crianças com TDAH podem apresentar problemas de aprendizado, seja pela dificuldade de prestar atenção e manter a concentração ou por outros problemas, como a dislexia (dificuldade de adquirir a capacidade de leitura), disgrafia (dificuldade de escrita) e discalculia (problemas em realizar operações matemáticas até escrita de números), que são dificuldades de aprendizado específicas e chegam a 36,6% na Austrália, 15% a 87,8% nos EUA, 28% na Finlândia (TAANILA *et al*, 2012). Além dessas características, a criança pode apresentar distração, desorganização, esquecimento, negligência, falhas ao realizar e terminar as tarefas, sonolência, dificuldade em escutar, porém tende a ser inovadora. Também é comum se mostrar criativa, bem humorada e lidar bem com pressão (SILVA, 2003). Além disso, uma pesquisa de acompanhamento de 16 anos com 9.432 crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH na Finlândia, ressalta a falta de ambição, de planos para o futuro, aumento de frustração profissional quando ficam sem intervenções educacionais ou orientação (apud TAANILA *et al*, 2012).

A grande questão para a garantia de um diagnóstico seguro é que estes mesmos sintomas se manifestam em outros distúrbios. Segundo Silvia Pacheco (2012), o “Distúrbio de Audição tem que ser investigado e afastado, antes de se pensar em TDAH”, bem como a investigação diagnóstica do Distúrbio do Sono, e, se necessário, caso a história seja compatível, se faz a polissonografia. Pesquisas relacionam, por exemplo, o respirador bucal com a alteração de audição e os distúrbios do sono (BALBANI, *et al*, 2003).

Outro enfoque chegou há poucos anos no Brasil, em Belo Horizonte, através dos oftalmologistas Márcia e Ricardo Guimarães (PROJETO, 2012), da Fundação do Hospital de Olhos. É a relação do distúrbio de aprendizagem com o distúrbio de processamento visual da luz no córtex visual, responsável pelos déficits na leitura: a chamada Síndrome de Irlen. A incidência é de 12 a 14% na população em geral. A correção é feita com lentes que agem como filtros, tornando a disposição das letras, normais, desaparecendo os sintomas mais comuns, que são: lacrimejamento, enjoo, cansaço, desânimo e dor de cabeça, interpretados, por vezes, como preguiça, desinteresse, desatenção, podendo causar agitação como resposta, no momento da

aula. A Síndrome de Irlen se caracteriza por fadiga visual, baixa visão de profundidade, fotofobia, desconforto ao uso de computador, omissão de palavras e linhas de textos, inversão de sílabas, distração e sonolência e se confunde comumente com os sintomas do TDAH.

Investigadas as possibilidades dos diagnósticos diferenciais dos distúrbios orgânicos com o TDAH, também se faz muito importante a investigação da associação com os Transtornos de Conduta e do Transtorno de Oposição, que estão presentes em 25% dos casos de TDAH, bem como os Transtornos de Ansiedade, também com uma incidência de 25% entre as crianças com problemas de aprendizado. Além disso, aproximadamente um terço desses pacientes apresenta depressão (XIMENES, 2008). As causas destes transtornos, provavelmente, estão relacionadas aos fatores emocionais e psicossociais. Considera-se que os cuidados que a criança recebe desde a sua concepção, na gestação, e por toda sua vida, são determinantes na sua capacidade de prestar atenção. É preciso que se pergunte: quanto tempo de atenção a criança recebe? Qual o tipo de atenção que lhe é dada? “A atenção dirigida é a que restaura a capacidade da criança atender, quando nos dirigimos a ela com o olhar, com a escuta exclusiva, com o toque, com a proximidade” (FERNANDEZ, 2012).

Outra pesquisa de “*follow up*” de 20 anos com 121 de 7 anos, inicialmente, hiperativas sem tratamento medicamentoso mostrou que há um maior risco de insatisfação social, maior índice de divórcio, disfunção social, dificuldade em manter o afeto nos relacionamentos entre os indivíduos que permaneceram com o distúrbio. É preciso destacar, no entanto, que boa parte dos tinham esse comportamento na infância, deixaram de ter hiperatividade na vida adulta (MOYÁ *et al*, 2014).

Um enfoque emergente a considerar nesta discussão está nas últimas pesquisas na área da psicologia comportamental, que interpreta as situações do cotidiano para identificar modelos mentais, aptidões cerebrais, estilos cognitivos e tipos psicológicos. Willian Ned Herman (*apud* LOPES, 2010) propôs a Teoria da Dominância Cerebral, identificando quatro modelos de pensamento: analítico, sequencial, interpessoal e imaginativo. Esses conceitos têm dado um novo referencial à análise de comportamentos, valorizando as diferenças e aptidões e abrindo espaço, para que sejam aceitos diferentes tipos psicológicos como o do TDAH, como um estilo, não como um transtorno.

Outro diagnóstico diferencial considerado pela neuropsicóloga Mariângela Maestri, da primeira academia do cérebro de Maringá, é com as altas habilidades, descrito por Hosda e Romanowski (2012), pois alguns comportamentos, como desânimo, desinteresse, inquietude são comuns, devido ao fato de que o aluno aprende rápido e fica impaciente com as várias vezes que a professora repete a explicação para os colegas de sala. Ele fica irritado e sai da carteira. Esses são comportamentos similares aos sintomas do TDAH. O diagnóstico diferencial inclui uma conversa com os professores e até os colegas de sala de aula, para detectar se essa criança se destaca em algumas atividades ou mesmo apresenta baixo rendimento escolar, devido ao desinteresse pelo que não gosta. Para conhecer melhor o tipo de desânimo das crianças com TDAH ou com altas habilidades, um caminho é a aplicação da avaliação neuropsicológica, utilizando o teste WISC-III para crianças, que pode avaliar várias áreas cognitivas. Neste teste, consegue-se avaliar o QI, que sozinho não comprova as altas habilidades, mas é um indicador que pode sinalizar um grau elevado de inteligência, e esta informação associada a outras questões pode apontar a superdotação (COUTINHO *et al*, 2008). A falta de limites na educação dos filhos traz também consequências que se assemelham com os sintomas do TDAH, especialmente com a hiperatividade, a indisciplina e a falta de submissão à autoridade do professor (PELT, 2013).

De posse do diagnóstico correto, é necessário pensar no tratamento do TDAH. O mais comum é apenas medicamentoso, com o uso de metilfenidato, Ritalina®, de curta duração, ou Concerta®, de longa duração, e que pode ainda causar dependência psicológica e outras efeitos colaterais, muitos já conhecidos.

A reabilitação, no entanto, pode ser uma opção ou complementação ao tratamento medicamentoso, podendo vir a ser suficiente para minimizar ou fazer regredir os sintomas. Mesmo que as dificuldades orgânicas sejam sanadas com substâncias químicas, ainda assim estas crianças e jovens necessitam de um tratamento comportamental–psicopedagógico para aprenderem melhores estratégias e bons hábitos (AMORIM, 2013).

A reabilitação reúne estratégias que permitem à criança lidar com suas limitações e potenciais. Orientada por uma equipe multidisciplinar; ela resgata a auto-estima e passa a relembrar ou adquirir os conteúdos básicos da escola, bem como o ritmo na execução de atividades e tarefas diárias básicas, como dormir, comer, estudar. Pode assim contornar as dificuldades organizacionais com o tempo,

rotina, memória, conclusão de tarefas, resgatando também as fases de desenvolvimento motor, que possam ter sido perdidas (BUENO, 1998).

Enfim, diante destas duas possibilidades, de apenas medicar ou buscar a reabilitação, e baseada no contexto da prevalência de medicalização nas turmas de 4º ano do Ensino Fundamental da SEDUC, esta pesquisa analisou as seguintes questões: existe relação entre os hábitos (alimentares, de atividade física, de sono) e o TDAH? O problema que se investiga é: quais os hábitos de vida saudáveis que deveriam ser mais enfatizados na redução dos sintomas semelhantes ao TDAH ?

JUSTIFICATIVA

Segundo pesquisas, há hábitos que determinam o desempenho do corpo humano e mostram que a recuperação da saúde, pode se dar por meio da adoção de uma vida saudável. Estudos acompanharam homens com baixo risco para câncer de próstata, por 5 anos. Aqueles que seguiram um programa com dieta vegetariana, atividade física, controle de estresse, meditação e apoio social apresentaram um aumento em 10% nos telômeros². Por outro lado, houve redução de 5% dos telômeros nos homens que não adotaram esses hábitos saudáveis (ORNISH et al, 2013).

É preciso destacar, no entanto, que os hábitos saudáveis aqui pesquisados vão além da alimentação rica em frutas, verduras e cereais integrais. Englobam beber água em abundância, tomar sol e ar puro, dormir bem e o suficiente, fazer atividade física e ter equilíbrio e confiança relacional. A sinergia desses hábitos pode possibilitar um resultado potencializado, quanto ao comportamento e desempenho de aprendizado.

Nesse cenário, a participação da unidade familiar é fundamental. “A obra dos pais é a base de toda outra obra. A sociedade compõem-se de famílias. Esta é considerada determinante no desenvolvimento do indivíduo e de sua capacidade de ser um cidadão saudável (WHITE, 2007).

As crianças nascem como seres biológicos, mas se tornam sujeito psicológico. A memória, a atenção, o pensamento, a percepção, a linguagem, a

² Extremidade do cromossomo. São feitos de seqüências repetidas de DNA não codificante que protegem o cromossomo contra danos. Cada divisão celular torna os telômeros mais curtos, impedindo a divisão celular quando estão muito curtos. Seu aumento indica longevidade.

motricidade e a afetividade dependem das condições externas, mais especificamente do relacionamento que têm com a mãe (TIBA, 2002).

Pesquisas relacionam o nível de estresse das mães e o ambiente familiar, com a predisposição à ansiedade, depressão e aos distúrbios de aprendizagem. (PIRES, SILVA e ASSIS, 2012; FERRACIOLLE, MARTURANO e PUNTEL, 2007; BELLÉ et al, 2009). Por isso, investigar os hábitos saudáveis e as relações psicossociais dos estudantes é relevante para que se promova saúde no ambiente escolar

Segundo White,

... o pai e a mãe são os primeiros mestres dos filhos na escola do lar. Sobre eles repousa o dever de proporcionar instrução física, mental e espiritual. É uma obra de grande importância que requer ardoroso conhecimento, esforço paciente e perseverante, é a verdadeira educação. A obra dos pais precede a dos professores e não poderá ser feita ao acaso. A mãe ou a professora irritadiça criam impertinência na criança, ao passo que modos gentis acalmam os pequeninos. O ambiente da natureza é valioso para as crianças nervosas e com dificuldade de aprendizado. Os pequenos deveres domésticos, os habilitará para desempenhar as grandes tarefas. Os pensamentos e sentimentos acariciados preparam o caminho para atos e a repetição de atos se formam os hábitos e o caráter é confirmado. Hábitos saudáveis formados o . quanto antes, determinarão o rumo do seu possuidor por toda a vida. Poderão ser modificados, mas raramente mudados (WHITE, 2007).

Assim, propõe-se nesta pesquisa com enfoque inédito, investigar a relação dos escolares de Maringá com os hábitos saudáveis, utilizando a participação de diferentes atores – pais e filhos – e o ambiente das escolas de ensino fundamental do município.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os hábitos de vida da família e a relação da ocorrência do TDAH em alunos do 4º ano na Rede de Ensino Municipal de Maringá.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear os hábitos saudáveis das famílias de alunos com e sem diagnóstico de TDAH;
- Analisar a relação entre os hábitos saudáveis e a incidência de TDAH.

REFERÊNCIAS

AMORIM, C. **Instituto Paulista de Déficit de Atenção**. Disponível em: www.dda-deficitdeatencao.com.br/tratamento/abuso-dependencia-medicacao-tdah.html. Acesso em 30 abr 2013.

BALBANI, A.P.S.; WEBER, S.A.T.; MONTOVANI, J.C. **Ronco e apnéia obstrutiva do sono em crianças**: impacto nas funções neuropsicológicas . Rev. paul. pediatr; 21(3): 153-158, 2003.

BASTOS. F.L.; BUENO, M. C.. **Diabinhos**: tudo sobre o transtorno de atenção/hiperatividade. 2002. Disponível em: <http://neurociencias.nu/pesquisa/add.htm> Acesso em: 29 jun. 2013.

BELLÉ, A. H. et al. **Estresse e adaptação psicossocial em mães de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Psicol. Reflex. Crit., 2009, vol.22, no.3, p.317-325. ISSN 0102-7972

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. **Resultados 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2011.pdf>. Acesso em 09 de ago. 2012.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade - Teoria e Prática**: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas. São Paulo: Lovise, 1998.

CALIMAN I. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. Psicologia & Sociedade 21(1): 1335-144, Rio de Janeiro RJ, 2009.

COUTINHO G., et al. Concordância entre relato de pais e professores para sintomas

de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. **Revista de Psiquiatria Clínica** p36(3): 97-100, Rio de Janeiro,. 2009.

DIAS A. M. Tendências do neurofeedback em psicologia: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, vol 15 nº4 Oct/Dez Maringá-PR, 2010. ISSN 1413-7372 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400017>. Acesso em: 06 fev 2013.

HARADA, J. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. São Paulo, 1997. p. 4-6.

FERNÁNDEZ, A. **Atenção Aprisionada** - Psicopedagogia da Capacidade Atencional, São Paulo: Penso Editora, 2012.

FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. **Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.2, pp. 251-259. Epub Feb 15, 2007. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>> Acesso em: 05 jun. 2013.

GOLMIRZAEI J et al. Evaluation of Attention-Deficit Hyperactivity disorder risk factory. Hindawi Publishing Corporation,International Journal of Pediatrics. Article ID 953103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/953103.Iran.2013.>> Acesso em: 05 fev 2014

HOSDA C.B.K e ROMANOWSKI C.L. As aprendizagens de um sujeito com características de altas habilidades/superdotação associadas ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **IX ANPED SUL, Seminário de pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012.

LOPES, M C et al. Análise da relação entre aptidões cerebrais e competências gerenciais: o caso de uma empresa têxtil. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 17, n. 1, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2010000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Abr. 2013.

ORNISH; Lin J. et AL., Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-y follow-up of a descriptive pilot study. 17 set. 2013. Disponível em: <<http://press.thelancet.com/lifestyletelomeres.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2013.

PELT N. V. Como formar filhos vencedores. Casa Publicadora Brasileira 1º Edição . 14ª impressão, p 53. Tatuí-SP. 2013

PIRES, T.O.; SILVA, C.M.F.P.; ASSIS, S.G. **Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 624-633. Epub 26-Jun-2012. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000043>>. Acesso em:07 jun. 2013.

PROJETO Bom Começo. **Anais Irlen 11th International Conference**. Belo Horizonte: UFMG. 2012.

REVISTA MARINGÁ ENSINA. Culinária mirim. Ano 4. N.10. Fev./Mar./Abr. p.49. 2009.

ROHDE, L.A.; MATTOS, P. & Cols. **Princípios e práticas em Transtorno de Deficit de Atenção /Hiperatividade**. Porto Alegre: Editora Armed, 2003.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas**. 30. ed. Rio de Janeiro: Ed. Gente, 2003.

TAANILA A. et al. Association between childhood Specific Learning Difficulties and School Performance in adolescents with and without ADHA symptoms: A 16 –year follow-up. **Journal of Attention Disorders**, vol 18(1) 61-72
agepub.com/journalsPermissions.nav.DOI:
10.1177/1087054712446813.jad.sagepub.com. Oulu Finland, 2012.

TIBA, I. **Quem ama, educa**. São Paulo: Editora Gente. 2002.

XIMENES, B.A.A. **Déficit de Atenção e Hiperatividade**. In: PsiqWeb, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

XIMENES, B.A.A. **Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=277>>. Acesso em: 22 abr 2012.

WHITE, E. **Orientação da criança**. Ed. 9ª. Tatuí-SP: Casa Publicadora Brasileira,2007.

APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

Esta dissertação é composta por uma introdução e dois artigos científicos, originados de pesquisa realizada em 13 Escolas Municipais de Maringá – PR.

Primeiro artigo – Autor(es): Barbara Magalhães Barros Arco-Verde; José Eduardo Gonçalves; Ana Paula Machado Velho. O tema é: “A RELAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES, DE SONO E ATIVIDADE FÍSICA E O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA”.

O artigo de revisão descreve as causas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, quanto às questões orgânicas, que predispõem ao TDAH, e relaciona com os hábitos pessoais, como alimentação, água, sono, exercício. Este artigo será enviado para a revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação (Qualis B2-Interdisciplinar).

Segundo artigo - Autor (es): Barbara Magalhães Barros Arco-Verde; José Eduardo Gonçalves, Ana Paula Machado Velho. A dissertação tem continuidade com o artigo: “CORRELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL E A FREQUENCIA DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE MARINGÁ-PR”. Relaciona a revisão sobre os hábitos saudáveis às respostas que pais e alunos atribuíram às questões de um questionário semi-estruturado aplicado sobre os hábitos de alimentação, sono e atividade física, aplicado em 13 escolas de Ensino Fundamental de Maringá. O texto será enviado para a revista Psicologia, Saúde & Doenças (Qualis B1-Interdisciplinar).

A RELAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES, DE SONO E ATIVIDADE FÍSICA E O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

LA RELACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y EL TRASTORNO DE DÉFICIT Y LA HIPERACTIVIDAD: UMA REVISION

THE RELATIONSHIP OF HEALTHY HABITS AND THE DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY: A BIBLIOGRAFIC REVEIW

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o que são hábitos de vida saudáveis e a relação deles com o comportamento e a saúde humana. Os resultados da análise dos artigos selecionados mostram que hábitos de vida mais saudáveis podem contribuir para o melhor funcionamento do corpo humano e aumentar a capacidade de atenção. Conclui-se que é necessário que se trabalhe a educação sobre hábitos de vida saudáveis na família e no ambiente escolar.

Palavras Chaves: Promoção da saúde; hábitos de vida, reabilitação, medicalização

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do TDAH tem sido progressiva em crianças e, mais ainda, nos adolescentes. No Brasil, a prevalência do transtorno é de 3,6 a 5% da população escolar, sendo o predomínio da desatenção encontrado em 25% das crianças diagnosticadas. Em adolescentes de 12 a 14 anos, chega a 5,8% (Ximenes, 2008).

Assim como têm aumentado as informações em relação a essa problemática identificada na escola, o índice de medicalização também cresceu assustadoramente nos últimos anos. O Brasil é o segundo maior consumidor de Ritalina³ do mundo. Um relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária mostra um consumo de 557.588 caixas do medicamento, em 2011, isto é, aumentou 75%

³ A Ritalina é um dos nomes comerciais do metilfenidato, um estimulante do grupo das anfetaminas. Suas principais indicações são para o tratamento do déficit de atenção com hiperatividade em crianças e depressão no idoso.

entre 2009 e 2011, deixando o país atrás apenas dos Estados Unidos da América (Brasil, 2012).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Maringá (SEDUC), dos 19.712 alunos, 487 estavam diagnosticados como TDAH em 2012, ou seja, 2,47% e no 4º ano, dos 3.309 alunos, 150 estavam diagnosticados, 4,53%, um contingente bastante significativo mas 119 usam medicação, sendo que 20,7% não estão tratados de forma convencional ou estão sem tratamento, segundo o Departamento Pedagógico da SEDUC, em 6/5/2013. Esse índice caiu em 1,04% de 2012 para 2013, regulando agora com 50% da média nacional, de cerca de 5% do total dos alunos do Ensino Fundamental. Muitos destes alunos são medicados na escola, através da professora, em sala de aula, no início do período escolar. São elas que em geral detectam as dificuldades e alertam os pais para buscarem orientação e tratamento médico.

O TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi adicionado ao Código Internacional de Doenças (CID), em 1995, como F900. Para seu diagnóstico é utilizado o DMS IV – Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais, 4ª Edição. Trata-se de um questionário sobre os hábitos e sintomas comuns às crianças com TDAH. É considerado um transtorno neurobiológico, de causas genéticas na maioria das vezes (80%), com maior incidência em gestação de adolescentes, em filhos de alcoolista, tabagista, dependente de drogas, em bebês prematuros com baixo peso, que sofrem carências nutricionais, infecções traumas, epilepsia (Golmirzae, et al 2013). Surge na infância e freqüentemente e acompanha o indivíduo por toda a sua vida adulta em 50% dos casos. Envolve diferentes áreas do comportamento, sendo caracterizado por sintomas como desatenção, hiperatividade e impulsividade. A prevalência é maior em meninos do que em meninas. Estima-se que a proporção varia de 4:1 a 9:1 (Benczik, 2000).

É importante a parceria entre a escola e a família para que a troca de experiências favoreça o quadro real da situação. É imprescindível à descrição honesta do que ocorre, a confiança mútua para que se saiba os fatos relevantes do que acontece com a criança durante o tempo em que está no outro ambiente (Rohde e Mattos et al., 2003).

De acordo com Bastos e Bueno (2002), pais e professores devem estar atentos, pois as crianças com TDAH podem apresentar problemas de aprendizado, seja pela dificuldade de prestar atenção e manter a concentração ou por outros

problemas, como a dislexia (dificuldade de adquirir a capacidade de leitura), disgrafia (dificuldade de escrita) e discalculia (problemas em realizar operações matemáticas até escrita de números), que são dificuldades de aprendizado específicas e chegam à 36,6% na Austrália, 15% a 87,8% nos EUA, 28% na Finlândia (Taanila et al, 2012). Além dessas características, a criança pode apresentar distração, desorganização, esquecimento, negligência, falhas ao realizar e terminar as tarefas, sonolência, dificuldade em escutar, porém tende a ser inovadora. Também é comum se mostrar criativa, bem humorada e lida bem com pressão (Silva, 2003). Uma pesquisa de acompanhamento de 16 anos depois, com 9.432 crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH na Finlândia, ressalta a falta de ambição, de planos para o futuro, aumento de frustração profissional quando ficam sem intervenções educacionais, ou orientação (apud TAANILA et al, 2012).

No entanto, estes mesmos sintomas se manifestam em outros distúrbios. Segundo Silvia Pacheco (2012), o “Distúrbio de Audição tem que ser investigado e afastado, antes de se pensar em TDAH”, bem como a investigação diagnóstica do Distúrbio do Sono, com a polissonografia, Pesquisas relacionam o respirador bucal, com a alteração de audição e os distúrbios do sono (BALBANI, *et al.*, 2003).

Também se faz muito importante a investigação da associação com os Transtornos de Conduta e do Transtorno de Oposição, que estão presentes em 25% dos casos de TDAH, bem como os Transtornos de Ansiedade, também com uma incidência de 25% entre as crianças com problemas de aprendizado. Além disso, aproximadamente um terço desses pacientes apresenta depressão (Ximenes, 2008). As causas destes transtornos, provavelmente, estão relacionadas aos fatores emocionais e psicossociais. Considera-se que os cuidados que a criança recebe desde a sua concepção, na gestação, e por toda sua vida, são determinantes na sua capacidade de dar atenção. É preciso que se pergunte: quanto tempo de atenção a criança recebe? Qual o tipo de atenção que lhe é dada? “A atenção dirigida é a que restaura a capacidade da criança atender, quando nos dirigimos a ela com o olhar, com a escuta exclusiva, com o toque, com a proximidade (Fernandez, 2012).

Outra pesquisa de “follow up” de 20 anos com crianças de 7 anos inicialmente hiperativas, seguiu-se com 121 participantes em Londres, sem tratamento medicamentoso,. Concluiu-se que há um maior risco de insatisfação social, maior índice de divórcio, disfunção social, dificuldade em manter o afeto nos relacionamentos, entre os indivíduos que permaneceram com o distúrbio, embora

que boa parte dos tinham esse comportamento na infância, deixaram de ter hiperatividade na vida adulta. Comprava-se a necessidade de mais pesquisas de acompanhamento de longo tempo (Moyá et al, 2014).

As altas habilidades, descrito por Hosda e Romanowski (2012), também se confunde com TDAH, pois alguns comportamentos, como desânimo, desinteresse, inquietude são comuns, pois aprende rápido a lição devido ao fato de que o aluno aprende rápido (Coutinho et al, 2008).

A falta de limites na educação dos filhos trás também uma conseqüência que assemelha-se com os sintomas do TDAH, especialmente com a hiperatividade, a indisciplina e a falta de submissão a autoridade do professor (Pelt, 2013)

De posse do diagnóstico correto, é necessário pensar no tratamento do TDAH. A medicalização, ou seja o tratamento medicamentoso esperado pelos pais, professores e prescrito de praxe, na maioria das vezes é o Metilfenidato, Ritalina, curta duração, quatro horas, com efeito rápido, muitas vezes administrado na sala de aula, pelo professor, o que torna a criança docilizada artificialmente. Encantados pelas notas altas, pais e professores vêem os filhos e alunos, serem expostos à efeitos colaterais confirmados. Conforme a Dra Maria Aparecida Moysés, professora Titular da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP os efeitos colaterais podem vir a ser, desde: inapetência, boca seca, náuseas, obstipação ou diarreia, alteração função hepática, cefaléia, taquicardia, hipertensão, parada cardíaca, retardo do crescimento, hostilidade, agitação, depressão, facies anfetamina, alucinações, psicose, suicídio, pré- disposição a drogadição e outros (Moysés e Collares, 2013). Tanto que alguns neuropediatras mais cautelosos indicam a medicação após checar a viabilidade cardíaca através do exame de ECG. Deveria ser usada apenas no período escolar e suspensa nos finais de semana e nas férias, conforme a orientação médica, o que nem sempre ocorre. Além de não ser indicado que ultrapasse o uso na vida adulta. É comum estarem associadas a outras medicações. Robert Whitaker (2010) e Vilela (2011) afirmam que a bipolaridade infantil e juvenil é 10 vezes maior em crianças que usaram estimulantes e antidepressivos e que essa “patologia” surgiu nessa geração de usuários de Ritalina e drogas dessa natureza (Aiex, 2012, p.188).

Pode-se dizer que o processo de medicalização promove a seguinte inversão: ao invés de se fabricarem remédios para doenças, fabricam-se doenças

para os remédios, com vistas ao aquecimento de um mercado que se abre para a indústria farmacêutica com a criação de supostas doenças. As relações que se estabelecem entre indústria e a produção dos artigos que “comprovam” a existência das doenças, além da “eficácia” dos tratamentos balizados por essa lógica terapêutica, passam longe do que se espera do ponto de vista ético (Fórum de Medicalização, 2013, p. 15).

A reabilitação cognitiva, no entanto, pode ser uma opção ou complementação ao tratamento medicamentoso, podendo vir a ser suficiente para minimizar ou regredir os sintomas de uma porcentagem das crianças com este padrão de comportamento. Reúne estratégias que permite à criança lidar com suas limitações e potenciais. Orientada por uma equipe multidisciplinar; psicólogo, psicopedagogo, a criança resgata a autoestima, e passa a lembrar ou adquirir os conteúdos básicos da escola, bem como ritmo na execução de atividade e tarefas diárias básicas, como: dormir, comer, estudar. Pode assim contornar as dificuldades organizacionais com o tempo, rotina, memória, conclusão de tarefas, resgatando também as fases de desenvolvimento motor, lateralização, que possam ter sido perdidas (Bueno, 1998).

Quando se deseja considerar a questão de reabilitação, o contexto familiar torna-se imprescindível, “o processo de reabilitação deve servir para reforçar a energia do indivíduo e da família, que juntos devem se envolver nos objetivos, seleção, desenvolvimento, participação e avaliação do plano de intervenção” (Sohlberg e Mateer, 2009, p.403).

A adequação do ambiente pessoal, determinação de rotinas de estudo, com horários combinados com a criança, a ambientes silenciosos, longe de estímulos visuais como brinquedos, televisão, rádio, telefone, sem mesmo materiais que não sejam os necessários para aquela tarefa, podem auxiliar na melhoria do rendimento escolar. Uma intervenção importante é o grupo de apoio para pais, familiares e portadores de comportamento de TDAH. A psicoterapia pode ajudar a criança no controle de agressividade, bem como modular o comportamento social (Teixeira, 2013).

A família é considerada determinante no desenvolvimento do indivíduo e de sua capacidade de ser um cidadão útil á sociedade. O desempenho escolar de uma criança depende, basicamente, das influências domésticas.

As crianças nascem como seres biológicos, mas se tornam sujeitos psicológicos. A memória, a atenção, o pensamento, a percepção, a linguagem, a motricidade e a afetividade dependem das condições externas, mais especificamente do relacionamento que têm com a mãe (Tiba, 2002).

Para White (2007),

...o pai e a mãe são os primeiros mestres dos filhos na escola do lar. Sobre todos os pais repousa o dever de proporcionar instrução física, mental e espiritual. Deve ser o objetivo de cada pai alcançar para seu filho um caráter equilibrado e simétrico. A eles é confiado moldar a mente dos seus filhos. É uma obra de grande importância que requer ardoroso conhecimento, esforço paciente e perseverante, é a verdadeira educação. A obra dos pais precede a dos professores e não poderá ser feita ao acaso. A mãe ou a professora irritada criam impertinência na criança, ao passo que modos gentis acalmam os pequeninos. O ambiente da natureza é valioso para as crianças nervosas e com dificuldade de aprendizado. Os pequenos deveres domésticos, os habilitará para desempenhar as grandes tarefas. Os pensamentos e sentimentos acariciados preparam o caminho para atos e a repetição de atos se formam os hábitos e o caráter é confirmado. Hábitos saudáveis formados o . quanto antes, determinarão o rumo do seu possuidor por toda a vida. Poderão ser modificados mas raramente mudados.

Segundo pesquisas de Daniel Amen (1999), na área de neuroanatomia, o caminho da formação de hábitos duradouros, adquiridos cedo na vida, funciona quase da mesma forma que o processo que forma a memória, as experiências emocionais, as escolhas e controle do comportamento, guiados pelo lobo frontal. É ali que está o verdadeiro sujeito, que decide e compara as gratificações a curto e longo prazos, lidando com a intencionalidade, e onde se faz o controle de comportamentos éticos. É a sede da espiritualidade, moralidade e vontade, que permite criar novos hábitos, baseados em informações e planejamento. Embora seja mais difícil mudar, é possível.

O cérebro possui uma neuroplasticidade maior do que se imaginava e permite uma reorganização, após uma lesão. A arborização dendrítica pode modificar-se e aumentar as conexões entre os neurônios remanescentes. É especialmente importante do ponto de vista da reabilitação cognitiva as relações demonstradas entre o crescimento dendrítico, a estimulação do meio ambiente estruturado e a recuperação das funções (Kolb e Gibb, 1999).

Enfim, quando não há um quadro neurológico ou psiquiátrico causador de déficits cognitivos, o processo de intervenção poderá ser dito como habilitação, pois se propõe a auxiliar na aquisição e no desenvolvimento de habilidades que não

foram ainda adquiridas pelo indivíduo, ou que se encontram com desempenho fraco em suas tarefas diárias frente a demanda do ambiente (Kolb e Gibb, 1999). A habilitação neuropsicológica, geralmente, é relacionada a crianças e jovens, pois acometimentos congênitos (pré, peri ou neonatais) podem comprometer a aquisição. A intervenção pediátrica destina-se, muitas vezes, a habilitação de funções não desenvolvidas, daí o termo habilitar, em contraposição a recuperação de funções afetadas tardiamente em adultos por lesões adquiridas, reabilitar (Gindri, 2012).

Desta forma, é possível reverter ações orgânicas e de comportamento a partir da reorganização do cotidiano. Aqui, propõe-se a modificação dos hábitos de vida no sentido de promover uma recomposição do comportamento e dos sintomas que compreendem o TDAH.

O objetivo deste artigo, então, é realizar uma pesquisa de revisão, no sentido de apontar subsídios que apresentem hábitos saudáveis e a relação deles com o comportamento de crianças, incluindo as questões do TDAH. A idéia é responder quais são os hábitos saudáveis que podem favorecer o aprendizado e uma relação social saudável?.

Os hábitos saudáveis e a qualidade de vida

Os oito hábitos para a vida saudável são: uma alimentação equilibrada, combinada com a ingestão de água; atividade física, exposição ao sol e pelo menos, oito horas de sono podem ser fundamentais para a saúde física e mental das crianças. Além disso, evitar-se a ingestão de estimulantes e produtos químicos e desenvolver a confiança, pode contribuir para uma mudança significativa no comportamento das crianças. Isto é, os hábitos saudáveis são determinantes na qualidade de vida de meninos e meninas (Larimore, 2008).

O consumo de frutas, verduras e cereais integrais, de preferência orgânicos, no início das refeições, por exemplo, oferece nutrientes de maior biodisponibilidade de vitaminas, minerais e fibras, o que promove o funcionamento regular do intestino (Biazzi, 2010), equilibra o pH sanguíneo, por conseguinte, reforça a imunidade, além de permitir a liberação dos receptores hormonais do intestino (Kansler, 2011), que favorecem a nutrição celular e o bom funcionamento cerebral.

Evitar o açúcar branco, seja em forma de doce ou embutido em bolachas e refrigerantes, é outra medida que pode azeitar o funcionamento do cérebro. O

problema é pior naqueles produtos que possuem uma superconcentração de glicose na forma de sacarose. Esta substância produz um excesso de acidez e um efeito neuroendócrino que faz com que o indivíduo apresente sintomas de abstinência, devido aos níveis de glicemia e de insulina variarem bruscamente. Esta variação ainda produz reações de mudança repentina de humor, irritabilidade, intolerância, agressividade e depressão. Muito da hiperatividade diagnosticada, pode ser resultado da incapacidade do cérebro imaturo das crianças lidar com os transtornos neuroendócrinos decorrente do regime alimentar hipercalórico (Cristo, 2010). Ingerir alimentos com baixo nível de glicemia, ajuda a reduzir os sintomas de hiperatividade em crianças. Há um impacto positivo também a retirada de produtos que contêm aditivos, conservantes, salicilatos e alimentos sintéticos. A carência crônica desde a gestação de minerais como zinco, ferro, magnésio, iodo, omega 3 afeta o desenvolvimento do cérebro, predispondo aos sintomas do TDAH (Konikowska et al, 2012).

O doutor Vernon Coleman (1986) escreve sobre uma mãe que tinha um filho com hiperatividade e não queria medicar com Ritalina. Foi proposto o tratamento médico alternativo recomendado, para o caso propunha retirar os aditivos químicos da alimentação. Segundo o relato, em quinze dias o comportamento da criança havia mudado, ao ponto dos professores notarem a diferença e a mãe creditou a mudança à qualidade de alimento que o menino passou a consumir.

O primeiro estudo patrocinado pelo governo da Grã-Bretanha para encontrar a relação existente entre corantes e conservantes artificiais e os problemas de comportamento foi realizado em 2002. Durante duas semanas, 277 crianças com três anos de idade beberam suco de fruta acrescido de 20 ml de corantes artificiais (E102, E110, E122, E124) e um conservante artificial (E211). Em seguida, por mais duas semanas, as crianças tomaram suco de frutas sem corantes e conservantes. Os pais controlaram as crianças durante todo o mês e preencheram um questionário detalhado sobre o comportamento dos filhos (Greenhealthwatch, 2002). As respostas mostraram que: os corantes e o conservante artificiais aumentaram muito a hiperatividade; a remoção das substâncias provocou uma melhora significativa do comportamento; e que todas as crianças se beneficiaram da remoção, não apenas aquelas que já apresentavam hiperatividade.

O consumo adequado de água também favorece o funcionamento do intestino, a eliminação de toxinas e o equilíbrio do pH da urina e do sangue,

importante para a imunidade (Gomes, 2011). A quantidade de água ingerida deve ser proporcional a 70 ml por quilo de peso, distribuído entre as refeições, com intervalo de 30 minutos antes e 2 horas após.

E há outros aspectos benéficos como a prática de exercício físico, pelo menos 30 minutos por dia, além de compensar a baixa circulação cerebral, reduz a irritação, a fadiga, a tensão e melhora o humor, por produzir endorfinas, além de predispor a uma boa qualidade e quantidade de sono (Lane e Lovejoy, 2001).

O sono adequado é de ao menos oito horas por noite, fundamental para o equilíbrio neurológico, memória e concentração. E deve-se ir para a cama, no máximo, duas horas antes da meia noite, porque é neste período que o DNA é reparado de modo mais eficaz (Yoo, 2010). A liberação da melatonina, hormônio tranquilizante, em maior quantidade na corrente sanguínea depende de estar em sono REM em torno da meia noite. Assim como a liberação do Hormônio de crescimento tem seu pico de liberação 90 minutos antes da meia noite, também apenas em sono REM.

Quanto à confiança, se comprovou o efeito deste hábito que tem já um *locus* orgânico, embora seja comportamental, com a descoberta do gene VMAT2 pelo geneticista pesquisador Dean Hamer (2004). Trata-se de um conjunto de genes que ativam substâncias químicas que regulam a ação de neurotransmissores de dopamina, relacionada ao humor, à serotonina, hormônio antidepressivo. A variação desse gene explica porque algumas pessoas tem mais facilidade por desenvolver confiança e espiritualidade.

Desta forma, acredita-se que a adoção de hábitos saudáveis por estudantes, por meio de ações que partam da escola, pode transformar o cenário da incidência do TDAH neste ambiente. Uma merenda escolar que seja focada numa alimentação que contenha diariamente frutas, verduras, cereais integrais, ingestão de água, atividade física ao ar livre, sono com redução do uso de açúcar e estimulantes e um ambiente que inspire a confiança, podem melhorar em muito o desempenho físico e psicoemocional destes estudantes.

Experiência profissional

Isto também é verificado pela experiência da pesquisadora como médica, na

área de medicina integrada, com mais de 5.000 pacientes com intervenção educativa, bem como na área pessoal, em que busca a prática de hábitos saudáveis para a minimização de sintomas, que se assemelham aos do TDAH, durante sua vida. Após assistir a um seminário sobre as vantagens que os hábitos saudáveis podem oferecer quanto à qualidade de vida no que diz respeito ao desempenho pessoal e profissional, tanto no aspecto físico, intelectual, emocional e espiritual, foi iniciado um período de mudanças que durou dois anos aproximadamente, até que a opção por uma alimentação saudável, bem como a adoção de vários outros hábitos citados, se tornou prazerosa e automática. E os benefícios quanto à atenção, à memória, à resistência física, e controle emocional, foram logo percebidos. Esse conjunto de fatores que motivou o tema desta pesquisa, está bem fundamentada hoje na literatura sobre o tema, que não faz no entanto uma relação direta com o TDAH, como se pretende aqui.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa defende, a partir dos dados coletados na bibliografia, que mudanças dos hábitos de vida podem minimizar os sintomas de diversos comportamentos que estão relacionados ao TDAH.

As informações bibliográficas mostram que uma alimentação que contenha diariamente frutas, verduras, a redução na ingestão de açúcar e refrigerante, a ingestão de água, cinco ou mais copos, pode contribuir para o melhor desempenho escolar, visto que habilita o organismo a funcionar melhor. Desta forma, pode-se fazer uma relação com o Déficit de Atenção, visto que a mudança no cotidiano pode “azeitar” o cérebro e promover a melhora do humor e da atenção, entre outros benefícios.

E a literatura ainda acrescenta que a realização de atividades físicas, da exposição ao ar livre e ao sol, bem no início ou no final do dia, e, pelo menos, oito horas de sono por noite, também podem ser determinantes para cultivar corpo e mente saudáveis.

Em trabalho futuro, serão analisados dados coletados por meio de aplicação de questionários junto a alunos da Rede Municipal de Ensino de Maringá – PR, no sentido de comprovar as informações colhidas na bibliografia aqui analisada e descrita.

A idéia é que esses dados subsidiem ações para promover a saúde na escola, incentivando iniciativas que motivem os alunos e suas famílias a buscarem melhores níveis de qualidade de vida. Estas atividades educativas em saúde vêm de encontro com o conceito de Escolas Promotoras de Saúde, que tem como foco modificar a realidade do estado de saúde da comunidade em que atua.

REFERÊNCIAS

ALEX NETO, J.E. **Psiquiatria sem alma**. Curitiba, PR: Travessa dos Editores, 2012.

AMEN, D.G. MD. **Change Your Brain: change your life**. New York: Times Books, 2002.

BALBANI, A.P.S.; WEBER, S.A.T.; MONTOVANI, J.C. **Ronco e apnéia obstrutiva do sono em crianças**: impacto nas funções neuropsicológicas . Rev. paul. pediatri; 21(3): 153-158, 2003.

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**: atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002.

BIAZZI, E. **Delícias para o almoço e jantar**. 1ª ed. Cotia: Editora Viva Natural Ltda., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Resultados 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2011.pdf>. Acesso em 09 de ago. 2012.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade - Teoria e Prática**: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas. São Paulo: Lovise, 1998.

CALIMAN I. V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”**. Psicologia & Sociedade 21(1): 1335-144, Rio de Janeiro RJ, 2009.

COUTINHO G., et al. **Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira**. Revista de Psiquiatria Clínica p36(3): 97-100, Rio de Janeiro,. 2009.

CRISTO, S. **Saúde e Longevidade em 12 passos**. Health 4d International. Texas: USA. 2010.

DIAS A. M. **Tendências do neurofeedback em psicologia: revisão sistemática.** Psicologia em Estudo, vol 15 nº4 Oct/Dez Maringá-PR, 2010. ISSN 1413-7372 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000400017>. Acesso em: 06 fev 2013.

FERNÁNDEZ, A. **Atenção Aprisionada - Psicopedagogia da Capacidade Atencional**, São Paulo: Penso Editora, 2012.

FORUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde.** 1º Edição Revista. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, julho 2013.

GOMES, P. Z. Correção do PH Corporal Através da Nutrição. Livro eletrônico Tvmed. In: Décimo Congresso Internacional de Medicina Integrada. 2011. LOCAL. **Anais eletrônicos...** LOCAL. 2011. 1 DVD.

GREENHEALTHWATCH. **Aditivos.** 2002, nº 23 Disponível em: <<http://www.taps.org.br/hiperatividade/artigos-hiperatividade/aditivos>>. Acesso em: 07 de fev. de 2013.

GINDRI, Gigiane et AL., **Métodos em reabilitação neuropsicológica.** Disponível em: http://www.nnce.org/Arquivos/Artigos/2012/gindri_etal_2012.pdf>. 2012. Acesso em: 07 fev. 2013

KANSLER, S. Participação de Receptores Beta 3, Adrenérgicos no Controle da Ingestão de Alimentos em Ratos. Livro eletrônico Tvmed. Décimo Congresso Internacional de Medicina Integrada. 2011. **Anais eletrônicos...** Curitiba 2011, 1 DVD.

KOLB B. e GIBB R. **Neuroplasticity and recovery of function after brain injury.** In D. T. Stuss, G. Winocur, & I. H. Robertson (Eds.), Cognitive neurorehabilitation (p. 9-25) . Cambridge, England : Cambridge University Press, 1999.

KONIKOWSKA K., REGULSKA B. e ROZANSKA D. **The influence of components of diet on the symptoms of ADAD in children.** PubMed 63(2) 127-34, Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22928358. 2012> Acesso em: 04 fev 2014

LANE, A. M.; LOVEJOY, D. J. **The Effects of Exercise on Mood Changes: the Moderating Effect of Depressed Mood.** Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. Dec, 2001; 41: p. 539-545 .

LARYMORE W. **Crianças altamente saudáveis**: orientações práticas sobre a saúde de seu filho. São Paulo: Editora Vida, 2008.

MOYÁ J. et al, **The impact of Persisting Hyperactivity on social relationships: a community- based controlled 20- year follow – up study**. Journal of attention disorders 2012. Vol 18(1), p. 52-60, sagepub.com/journalsPermissions.nav.DOI: 10.1177/1087054712436876jad.sagepub.com. Londres UK,2012.

MOYSÉS M.A.A; COLLARES C.A.L. **Medicalização do comportamento e da aprendizagem: conseqüências para a vida de crianças e adolescentes**. Casa em revista, ano III, número 5 São Paulo – SP. Editoração- Fundação Casa- Centro de atendimento socioeducativo ao adolescente – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania- Governo do Estado de São Paulo, março de 2013.

PACHECO, S. **Crianças inquietas cada vez mais são diagnosticadas como portadoras de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. 2012. Disponível em: <<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-sude/2009/12/08/interna-ciencia-saude159563/index.shtml>>. Acesso em 09 ago. 2012.

PELT N. V. **Como formar filhos vencedores**. Casa Publicadora Brasileira 1º Edição 14ª impressão, p 53. Tatuí-SP. 2013

ROHDE, L.A.; MATTOS, P. & Cols. **Princípios e práticas em Transtorno de Deficit de Atenção /Hiperatividade**. Porto Alegre: Editora Arned, 2003.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas**. 30. ed. Rio de Janeiro: Ed. Gente, 2003.

SOHLBERG, M.M.; MATEER C.A. **Reabilitação Cognitiva**. Uma abordagem Neuropsicológica Integrativa. São Paulo – SP. Grupo Editorial Nacional. Ed Santos, 2009.

TAANILA A. et al. **Association between chidhood Specific Learning Difficulties and School Performance in adolescents with and without ADHA symptoms: A 16 –year follow-up**. Journal of Attention Disorders,vol 18(1) 61-72 sagepub.com/journalsPermissions.nav.DOI: 10.1177/1087054712446813.jad.sagepub.com. Oulu Finland, 2012.

TEIXEIRA, G. **Manual dos Transtorno Escolares**. Entendendo os problemas de crianças e adolescentes na escola. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 2013.

TIBA, I. **Quem ama, educa**. São Paulo: Editora Gente. 2002.

XIMENES, B.A.A. **Déficit de Atenção e Hiperatividade**. In: PsiqWeb, 2008.

Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

XIMENES, B.A.A. **Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=277>>. Acesso em: 22 abr 2012.

YOO, J.M. **Estilo de vida que restaura os genes**. 04 de set. 2011. Disponível em: <www.bomviver.net>. Acesso em: 07 fev. 2013.

CORRELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL E FREQUÊNCIA DE TDAH ENTRE ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE MARINGÁ-PR.

CORRELATION BETWEEN THE PRESENCE OF STUDENTS HEALTHY LIVING HABITS AND FREQUENCY OF ADHD IN THE MUNICIPAL SCHOOL NETWORK OF MARINGÁ-PR.

RESUMO

Esta pesquisa é inovadora por relacionar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com hábitos saudáveis. O TDAH incide em 2,47 % dos alunos da Rede Municipal de Ensino de Maringá e tem maior incidência no 4º ano. A pesquisa foi feita no 4º ano, em 13 escolas, as de maior incidência de alunos com TDAH em 2012, mas abrangeu além dos alunos com TDAH (49), alunos com melhor desempenho escolar (43) das mesmas turmas, totalizando 92 alunos. Também foram entrevistados os 92 pais de cada aluno, pois o foco do trabalho é familiar. Aplicou-se questionários para os pais e filhos, sobre a frequência do consumo de frutas, verduras e cereais integrais, ingestão de água, quantidade e qualidade de sono, atividade física, confiança. O grupo de alunos com melhor desempenho escolar toma mais água, prefere atividades ao ar livre, confiam mais nos pais e nas mães. Já quanto a qualidade e quantidade de sono respondido pelos pais não foi conclusivo. Foi inesperado o resultado das crianças com TDAH gostarem mais de cereais integrais, consumirem menos estimulantes, bem como ser tão expressivo a relação de TDAH com a incidência em meninos e o melhor desempenho com as meninas. É importante gerar indicadores dentre o público alvo e implementar ou implantar as diretrizes das Escolas Promotoras de Saúde.

Palavras Chaves: TDAH; hábitos de vida, alimentação saudável, sono, reabilitação, medicalização.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder affects 2.47 % of the Municipal School of Maringa and has a higher incidence in the 4th year. The survey was taken in the 4th year, in 13 schools, with higher incidence of students with ADHD in 2012 , but covered only pupils with ADHD (49) , students with better academic performance (43) of the same classes , totaling 92 students. Were also interviewed 92 parents of each student, since the focus of the work is familiar. Applied questionnaires to parents and children about the frequency of consumption of fruits, vegetables and whole grains, water intake, amount and quality of sleep, physical activity, confidence. The group of students with better academic performance takes more water, prefer outdoor activities, rely more on their parents. As for the quality and quantity of sleep answered by the parents was not conclusive. The outcome of children with ADHD to like more whole grains, consume less stimulants, as well as being a significant relationship with the incidence of ADHD in boys and girls with the best performance was unexpected. It is important to generate indicators among the target audience or deploy and implement the guidelines of the Health Promoting Schools.

Key Words: ADHD ; habits , healthy eating , sleep , rehabilitation , medicalization.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH tem tido uma incidência crescente em escolares no Brasil, 3 a 5 % da população. É considerado um transtorno neurobiológico, de causas genéticas. Aparece na infância e, freqüentemente, acompanha o indivíduo por toda a sua vida, ou seja, é um transtorno heterogêneo, caracterizado por sintomas marcados pela desatenção, hiperatividade e impulsividade. A prevalência é maior em meninos que em meninas, numa proporção de 4:1 a 9:1 (BENCZIK, 2000). Os fatores causais etiológicos podem ser biológicos, sociais, ambientais, econômicos, familiares e psicológicos (PINTO, 2007).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Maringá (SEDUC), em 2012, a rede de ensino municipal possuía 19.712 alunos, sendo que, destes, 487 foram diagnosticados como TDAH, 2,47%, representando a metade da média nacional de 5%. A série com maior freqüência com TDAH, em 2012, em Maringá, foi o 3º ano. Do total de 3.309 alunos, 4,53% (150/ 3309) foram diagnosticados com TDAH e 79,3% (119/150) destes usavam medicamentos como tratamento.

O tratamento mais comum do TDAH tem sido apenas medicamentoso, com o uso de metilfenidato, Ritalina® e Concerta®.

A “reabilitação cognitiva”, no entanto, pode ser uma opção ou complementação ao tratamento medicamentoso, podendo vir a ser suficiente para minimizar ou regredir os sintomas de uma porcentagem das crianças com este padrão de comportamento. A reabilitação reúne estratégias que permitem à criança lidar com suas limitações e potenciais. Orientada por uma equipe multidisciplinar, a criança pode resgatar a autoestima, e a relembrar ou adquirir os conteúdos básicos da escola, bem como o ritmo na execução de atividades e tarefas diárias básicas, como: dormir, comer, estudar. Pode assim contornar as dificuldades organizacionais com o tempo, rotina, memória, conclusão de tarefas, resgatando também as fases de

desenvolvimento motor, que possam ter sido perdidas (BUENO, 1998). O processo de reabilitação deve servir para reforçar a energia do indivíduo e da família, que juntos devem se envolver nos objetivos, seleção, desenvolvimento participação e avaliação do plano de intervenção (SOHLBERG; MATEER, 2009, p. 5).

Neste contexto, também deve estar inserida a escola. Frequentemente, as crianças estão sendo educadas de maneira mais significativa no ambiente escolar, devido às transformações da sociedade atual, em que pai e mãe trabalham. Deste modo, os filhos permanecem sozinhos com poucas atividades motoras e alimentos industrializados ricos em açúcar e estimulantes que alteram o comportamento e a concentração (XIMENES, 2008; LARIMORE, 2008; BIAZZI, 2010; KANSLER, 2011).

Traz-se para a discussão, assim, o conceito de Escola Promotora da Saúde, que busca desenvolver conhecimentos e habilidades e destrezas para o auto-cuidado e promoção de saúde no ambiente escolar. Tem como estratégica fomentar uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida no intuito de contribuir para a melhoria da saúde humana. Neste sentido, o foco principal é facilitar a participação dos integrantes da comunidade escolar, promovendo a construção da cidadania e democracia. No entanto, HARADA (1997) reforça que a escola, sozinha, não se responsabilizará pela Saúde, mas pode fornecer os elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável. O autor propõe, ainda, “a inclusão da promoção da saúde na grade curricular”, com o objetivo de desenvolver habilidades e estimular a tomada de decisões através da responsabilidade individual, familiar e comunitária.

Espera-se que a Escola Promotora de Saúde gere evidências de ações locais participativas que possam ser processos sustentáveis. É preciso, portanto, priorizar o diálogo, evitando monólogos autoritários de propostas verticais, com soluções prontas e isoladas e, assim, aprimorar a escuta e dar voz à comunidade escolar, garantindo-se o seu “empoderamento” (SILVA, 1997, p. 15).

Assim, propõe-se nesta pesquisa inovadora, investiga-se a relação dos escolares de

Maringá com os hábitos saudáveis, utilizando a participação de diferentes atores – pais e filhos – e o ambiente das escolas de ensino fundamental do município.

Baseada no contexto da frequência de medicalização em alunos do quarto ano do Ensino Fundamental da SEDUC, esta pesquisa tem por objetivo identificar se existe relação entre hábitos de vida e os sintomas do TDAH.

Conforme relatório da Secretaria de Educação de Maringá, o terceiro ano é o que mais apresentou casos de medicalização por TDAH, em 2012, e como os alunos já haviam sido identificados, uma parte deles foi escolhida para pesquisa no ano seguinte.

Os hábitos saudáveis aqui pesquisados vão além da alimentação rica em frutas, verduras e cereais integrais, englobam a ingestão de água em abundância, tomar sol e ar puro, dormir bem e o suficiente, praticar atividade física, ter equilíbrio no uso de estimulantes e confiança relacional.

Uma pesquisa realizada na Universidade de Michigan EUA, pelo doutor John Greden, confirma a relação entre o consumo de alimentos ricos em cafeína (café, refrigerantes) com distúrbios de conduta irritabilidade, agitação, insônia, desânimo físico e ansiedade, especialmente em crianças. Inicialmente excitam, mas depois deprimem o Sistema Nervoso Central (SNC) como a bebida alcoólica. Isso oferece a mente, cuja base orgânica é o cérebro, a influência sobre o comportamento em maior ou menor grau, diante de fatores psicológicos concomitantes como uma infância marcada por problemas sociais e familiares. Por outro lado quando a pessoa usa uma alimentação mais simples, nas horas certas, nas quantidades e combinação adequadas, estará proporcionando ao SNC melhores condições para lidar com os problemas de origem emocional, diz o psiquiatra Dr. Cesar Vasconcelos (SOUZA, 2004).

Método da pesquisa

A família é o foco desta pesquisa. Embora o tempo de convivência entre os pais e os filhos esteja sendo reduzido progressivamente, alguns dos hábitos se dão no ambiente doméstico como o sono, além do que, a faixa etária dos alunos pesquisados é de 8 a 9 anos em média. Por isso, decidiu-se investigar os hábitos de vida através de um questionário com pais e outro com os filhos, afim de avaliar essas questões por esses dois olhares, mesmo com o risco das respostas serem idealizadas pelos adultos.

Foram elaborados dois questionários, um para os pais (ANEXO I) e outro para os filhos (ANEXO II). As questões foram subdivididas em blocos. Iniciando pelo Bloco A com o perfil socioeconômico (idade, salário, escolaridade) a fim de caracterizar o nível familiar e para as crianças apenas com informações sobre, sexo, idade e turno escolar. No bloco B, questionou-se cada hábito que, em conjunto, contribui para melhorar a qualidade de vida que estão na mesma seqüência, em ambos os instrumentos, iniciando pela alimentação.

Investigou-se a ingestão de frutas e verduras, a ingestão de cereais integrais (devido ao impacto desse hábito sobre o funcionamento intestinal, pois a liberação de serotonina e outros hormônios ocorrem na parede intestinal, sendo que a constipação afeta diretamente o humor), são alimentos presentes sempre na merenda escolar. O resultado positivo da ingestão dos cereais integrais obtém-se ao serem usados sempre. Por isso, foi investigada a frequência de uso em três alternativas, alta, média e baixa.

A terceira pergunta é relacionada à frequência da ingestão de água. Esse hábito, quando freqüente, tem a ver até com comportamento, pois uma boa hidratação melhora o humor, o desempenho mental e físico, reduzindo o cansaço, já que é o segundo meio mais rico em oxigênio, depois do ar, e o oxigênio é o principal nutriente das células saudáveis.

Ainda sobre ingestão de alimentos e bebidas, questionou-se o consumo daqueles

produtos que prejudicam a saúde devido à presença de açúcar, estimulantes, componentes químicos, que também tem ação desmineralizante devido à acidificação que produzem: os refrigerantes, o café, e os doces (balas, bolachas, chocolate etc.).

A sexta questão investigou a atividade física, exemplificando algumas como andar de bicicleta, brincar com bola, com os amigos ao ar livre, comuns aos alunos nesta idade. Desejava-se saber não só os hábitos de atividade física sistemática, mas também quanto a brincadeiras ao ar livre e exposição ao sol, que têm importância, devido à ação calmante do ambiente natural e à produção equilibrada do hormônio antidepressivo, a serotonina, produzida, quando em contato da pele com a luz solar ao menos por 20 minutos diários.

O próximo hábito investigado, em três questões, é sobre o sono, quanto à qualidade inicialmente, avaliando insônia inicial, sonolência ou agitação do sono. Afinal, os distúrbios do sono são um diagnóstico diferencial com TDAH, pouco divulgado. A quantidade de sono é muito importante. Deve ser em torno de 8 horas e é fundamental dormir cedo, devido à liberação do hormônio do crescimento que acontece por volta de 90 minutos antes da meia noite, em sono profundo (REM). A redução do sono afeta a memória, piora o humor, a imunidade e aumenta a sonolência (RIBEIRO, 2013).

Aos alunos também foi questionado sobre alimentação, na mesma seqüência dos pais. Em seguida, perguntou-se o tipo de lazer que o aluno prefere; se sedentário ou atividade ao ar livre e com amigos. E a próxima também tem a ver com sintomas da falta de sono ou de distúrbio de sono, que é a sonolência em sala de aula, informação que os pais poderiam não ter acesso. Uma questão final, no bloco que pretendeu avaliar em quem a criança tem confiança relacional, pois esta envolvida nisso a motivação do seu desenvolvimento, embora diferentemente das outras questões não tenha base orgânica, mas a saúde emocional refletem na saúde física.

Público da pesquisa

O método de seleção dos alunos se deu a partir do relatório da SEDUC de alunos com TDAH, atualizados de 2012 para abril de 2013. Foi enviado um comunicado oficial da SEDUC para as 13 escolas escolhidas, que apresentaram maior número de alunos em tratamento para TDAH. Com o material preparado e as escolas mapeadas, cada unidade foi visitada e, conforme sugestão da SEDUC foi explicado, pessoalmente, pela pesquisadora o projeto de pesquisa a orientadora educacional de cada escola. Em seguida, foi agendado com essas profissionais o recolhimento dos questionários respondidos. As orientadoras ficaram encarregadas de entregar a cada pai um envelope com duas cópias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o questionário para os pais responderem e um comunicado explicativo sobre a pesquisa, seus objetivos e propostas de forma bem acessível. Os pais enviaram por meio dos filhos, os envelopes com o TCLE assinado e o questionário respondido para as orientadoras, que reuniram os alunos participantes, devidamente documentados e responderam em separado da turma, com a orientadora o questionário elaborado para eles. Esses materiais foram recolhidos pela pesquisadora em cada escola, depois conferidos, separados e, tabulados, manualmente. A seguir, foi criada uma tabela computadorizada no Excel e alimentada com os dados encontrados nos envelopes, com ajuda de colaboradores.

A avaliação das variáveis qualitativas foi realizada através de tabelas de frequências e tabelas de contingência com percentual. O nível de significância adotado no teste foi de 5%, ou seja, foram consideradas significativas as associações cujo $p < 0,05$, preparados por um mestre em estatística que aplicou o teste qui-quadrado. A descrição dos resultados é feita comentando as respostas dadas a partir dos questionários. Neste artigo, são apresentados o

embasamento da temática da pesquisa e os instrumentos de pesquisa aplicados com os pais e filhos nos quatro blocos.

Resultados - Perfil dos entrevistados

Dos 60 questionários distribuídos para cada um dos quatro grupos, foram devolvidos 49 respondidos pelos pais e alunos com TDAH e 48 questionários respondidos pelos pais e alunos sem diagnóstico de TDAH, o que compõe um universo de 97 pais e 49 alunos com TDAH e 43 alunos sem TDAH também encaminharam as suas respostas, 92 alunos.

Os alunos pesquisados tem entre 8 a 13 anos de idade predominando os alunos com 8 anos (41,3%) e 9 anos (40,2%) e quanto ao gênero, houve uma incidência maior dos alunos do sexo masculino, sendo 48 alunos, que representam 52,1% do total de alunos entrevistados. Do total de 92 alunos entrevistados, 49 alunos são portadores de TDAH, dos quais 38 são do sexo masculino, representando 41,3% da amostra, enquanto que apenas 12,0% deste universo são do sexo feminino. Isso concorda com a pesquisa realizada Engelhard (1990) e Hall (1984), apresentadas pelo Dr. Salomão Schwartzman (2013).

Ainda em relação aos 92 alunos entrevistados, 35,9% daqueles apontados com bom desempenho escolar são do sexo feminino e apenas 10,9% pertencem ao sexo masculino. A maioria é do turno da manhã, em ambos os grupos: 28,3% do grupo com TDAH e 18% no grupo sem TDAH; 13% são do período da tarde com TDAH e 16% sem TDAH e ambos os grupos com 12% no período integral.

A maioria dos responsáveis que responderam o questionário é do sexo feminino (Tabela 2), provavelmente as mães 76,1%. Entre os pais dos portadores de TDAH, 33,7% são casados e 10,9% separados. Entre as famílias dos alunos sem TDAH encontrou-se um índice de 39,1% de casados; 3,3% de pais separados e 4,3% de pais solteiros. Quanto à renda, a

maior parte, 29,3% dos alunos portadores de TDAH e 32,6%, dos alunos não portadores de TDAH, são de famílias com renda de R\$1.200,00 a R\$2.400,00. Já com a faixa de R\$ 300,00 a R\$ 600,00, 9,8% são de famílias com filhos com TDAH e 1,1% sem TDAH, enquanto que na faixa acima de R\$ 5.000,00, 5,4% são de famílias com filhos sem TDAH. A questão de escolaridade dos pais a maioria também se concentrou no ensino médio completo, sendo 17,4% entre os pais dos portadores de TDAH e 18,5% dos pais de alunos sem TDAH. Há uma vantagem para o grupo de pais de alunos com TDAH com ensino médio incompleto, de 1,1%, no ensino fundamental completo são 8,7% de pais com filhos com TDAH e 0,0% sem TDAH; e ensino fundamental incompleto são 7,6% de pais com TDAH e 3,3% sem TDAH. A partir do ensino superior incompleto e completo, a diferença é aumentada em torno de 2% para os pais dos alunos sem TDAH e aumenta a diferença de 1,1% para 4,3% quanto à pós-graduação, a favor também dos alunos sem TDAH.

Tabela 1. Perfil dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Perfil	Grupo				<i>p</i>
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	N	%	n	%	
Idade (anos)					
8	11	12,0	27	29,3	
9	22	23,9	15	16,3	
10	9	9,8	1	1,1	0,00076*
11	5	5,4	0	0,0	
12	1	1,1	0	0,0	
13	1	1,1	0	0,0	
Gênero					
Masculino	38	41,3	10	10,9	0,00001*
Feminino	11	12,0	33	35,9	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 2. Perfil dos pais dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Perfil dos pais	Grupo				<i>p</i> *
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	N	%	n	%	
Estado civil					
Separado(a), Divorciado(a)	10	10,9	3	3,3	
Casado(a)	31	33,7	36	39,1	0,00327*
Solteiro	7	7,6	4	4,3	
Viúvo(a)	1	1,1	0	0,0	
Renda familiar					
R\$ 300 a R\$ 600	9	9,8	1	1,1	
R\$ 600 a R\$ 1.200	12	13,0	7	7,6	
R\$ 1.200 a R\$ 2.400	0	0,0	30	32,6	0,00001*
R\$ 1.200 a 2.400	27	29,3	0	0,0	
Acima de R\$ 5.000	1	1,1	5	5,4	
Nível de instrução					
Ensino Fundamental Incompleto	7	7,6	3	3,3	
Ensino Fundamental Completo	8	8,7	0	0,0	
Ensino Médio Incompleto	8	8,7	7	7,6	
Ensino Médio Completo	16	17,4	17	18,5	0,00551*
Ensino Superior Incompleto	4	4,3	5	5,4	
Ensino Superior Completo	5	5,4	7	7,6	
Pós-Graduação	1	1,1	4	4,3	

*Teste qui-quadrado não significativo considerando nível de significância de 5%

Os hábitos de vida pesquisados junto às crianças estão na Tabela 3. A maior parte das crianças pesquisadas (67,3%) diz gostar de frutas e verduras. Dentre as crianças que dizem não gostar (5,4%), todas são portadoras de TDAH. Entre o grupo dos portadores de TDAH, 27,2% e 22,8% do grupo de não portadores, não gostam de consumir o pão integral.

Os alunos sem TDAH são os que mais consomem água diariamente, mais de cinco copos, representando 26,1% do universo de alunos pesquisados. Os alunos portadores de TDAH representam 20,7% deste universo.

Quanto à frequência do consumo de doces e refrigerantes, alimentos que contém açúcar, corantes e estimulantes, também se percebe que a incidência do uso diário destes alimentos é maior no grupo com TDAH (8,7%), enquanto que entre as crianças com bom desempenho escolar é de (4,3%).

Perguntou-se às crianças se, nos momentos de lazer, preferem brincar com os amigos. O grupo de alunos com bom desempenho escolar prefere essa atividade (27,2%) com uma frequência discretamente maior do que o outro grupo (25,0%). A outra sugestão de alternativa escolhida pelos portadores de TDAH foi jogar videogame e ficar no computador (18,5%), já os alunos com melhor desempenho totalizaram 6,5 % a menos do que o outro grupo com TDAH (12%). Assistir TV, outra atividade sedentária, também foi a opção mais escolhida entre o grupo dos portadores de TDAH (9,8%) do que os alunos sem TDAH (7,6%).

Quando os alunos foram questionados se costumam sentir sono na sala de aula, 5,4% dos alunos com TDAH contra 2,2% dos que não tem TDAH, responderam que sim, enquanto que 35,9% dos alunos com TDAH e 34,8% dentre os que não têm TDAH, responderam que não sentem sono. Já (10,9%) dentre os que têm TDAH e 9,8% dentre os de melhor desempenho escolar, sentem sono às vezes.

Outra questão de hábito, que está na área mental e emocional é a confiança. Foi investigada entre os alunos através de uma questão sobre em quem mais confiam. Os alunos com TDAH confiam em irmão, avô, pai (6,5%), na mãe (10,9%), no pai e mãe (15,2%) e mais em Deus (17%). As crianças sem TDAH confiam na mãe (5%), em Deus (11%) e mais ainda no pai e mãe (29,3%).

Tabela 3. Hábitos dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Hábitos	Grupo				p
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	N	%	N	%	
Gosta de comer frutas e verduras					
Não	5	5,4	0	0,0	0,22200
Sim	35	38,0	27	29,3	
Um pouco	9	9,8	16	17,4	
Come frutas e verduras sempre					
Não	7	7,6	1	1,1	0,11410
As vezes	27	29,3	29	31,5	
Sim	15	16,3	13	14,1	
Consumo de pão integral					
Sim	24	26,1	22	23,9	0,83448
Não	25	27,2	21	22,8	
Consumo de água durante o dia					
Muito(+5 copos)	19	20,7	24	26,1	0,00001*
Só as vezes	15	16,3	9	9,8	
Pouco(-3 copos)	15	16,3	10	10,9	
Consumo de doces de refrigerantes					
Não	4	4,3	0	0,0	0,03753*
Todo dia	8	8,7	4	4,3	
As vezes	37	40,2	39	42,4	
Nos momentos de lazer você prefere					
Brincar com Amigos	23	25,0	25	27,2	0,53984
Assistir TV	9	9,8	7	7,6	
Jogar Videogame e Computador	17	18,5	11	12,0	
Na sala de aula você costuma sentir sono					
Não	33	35,9	32	34,8	0,58209
As vezes	10	10,9	9	9,8	
Sim	5	5,4	2	2,2	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Na tabela 5, aparecem os hábitos alimentares dos alunos avaliados segundo seus pais, 9,8% dos alunos com TDAH não consomem frutas, e 1,1% que não consomem dentre os que não têm TDAH. Dentre os que consomem pouca quantidade de fruta, apenas 1 a 2 vezes por semana encontramos 12% dentre os alunos com TDAH e 6,5% dentre os alunos sem TDAH. Progressivamente reduz a porcentagem de uso de frutas dentre os alunos que têm TDAH e aumenta a quantidade de consumo dentre os alunos que não têm TDAH.

Quanto ao consumo de cereais integrais 18,5% de alunos com TDAH não consomem; 20,7% consomem apenas 1 a 2 vezes por semana; dentre os que usam de 3 a 5 vezes, consomem só na escola; 2,2% dos alunos com TDAH e 12% usam sempre 6 a 7 vezes por semana. Enquanto que dentre os alunos sem TDAH, 16,3% não usam cereais integrais, 17,4% usam 1 a 2 vezes apenas, 4,3% usam 3 a 5 vezes por semana e 8,7% usam quase diariamente cereais integrais.

Quanto ao consumo de água, 5,4% dos alunos com TDAH não bebem água; 17,4% deste grupo bebem apenas algumas vezes por dia; 29,3% bebem água durante todo o dia; e 1,1% bebem água raramente. No grupo sem TDAH o resultado foi 0,0% não consomem água; 21% consomem água algumas vezes; 25% tomam água com frequência e nenhum aluno consome água raramente neste grupo.

Ainda segundo os pais, a porcentagem de alunos com TDAH, que consome refrigerantes mais de três vezes por semana é de 15,2% e não usam 38%. O uso de balas, sorvetes, chocolates é 23,9% e 29,3% não usam. Quanto ao café, 9,8% tomam e 43,5% não tomam.

Já no grupo sem TDAH, 13% usam refrigerante 3 ou mais vezes por semana e 33,7% não usam. 23,9% usam balas chocolates e 22,8% não usam; e 6,5% usam café e 40,2% não usam, segundo os pais.

Ainda segundo os pais, dos filhos com TDAH, 3,3% fazem atividade 1 a 2 vezes por semana, 13,0% fazem 3 a 4 vezes na semana e 16,3% fazem atividade 5 a 7 vezes na semana e 20,7% não fazem atividade física. Já dentre as crianças sem TDAH, 2,2% fazem atividade física 1 a 2 vezes por semana; 16,3%, de 3 a 4 dias semanalmente, 15,2% de 5 a 7 dias por semana e 13% deste grupo não fazem exercício.

33,7% dos alunos com TDAH e 32,6% dos alunos com melhor desempenho não têm dificuldade para dormir e vão para a cama antes das 22 horas Os pais ainda registraram que

apenas 7,6% dos alunos com TDAH e 4,3% dos alunos sem TDAH têm sono agitado, 3,3% dos alunos com TDAH e 6,5% dos alunos sem TDAH dormem tarde, em torno da meia noite. 2,2% dos alunos com TDAH e 1,1% dos alunos sem TDAH tem sonolência durante o dia. Dos alunos com TDAH, 6,5% e 2,2% dos alunos sem TDAH tem dificuldade para começar a dormir.

Quanto às horas de sono, 9,8% dos alunos com TDAH e 8,7% dos alunos sem TDAH dormem de 6 a 7 horas por noite e 43,5% dos alunos com TDAH e 38,% dos alunos sem TDAH % dormem mais de 8 horas por noite.

Quanto ao horário em que dormem; 28,3% dos alunos com TDAH e 31,5% dos alunos sem TDAH dormem entre as 22 e a meia noite; 21,7% com TDAH e 14,1% sem TDAH dormem entre 8 e 9hs da noite e 3,3% dos alunos com TDAH e 1,1% dos alunos sem TDAH dormem mais tarde do que meia noite.

Quanto ao horário de acordar, 44,6% dos alunos com TDAH e 32,6% dos alunos sem TDAH acordam 7h, mas da manhã ou antes e 8,7% dos alunos com TDAH e 14,1% dos alunos sem TDAH acordam entre as 8hs da manhã e meio dia.

Tabela 5. Hábitos alimentares dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Hábitos alimentares	Grupo		Grupo		P
	Com TDAH		Sem TDAH		
	n	%	N	%	
Consumo de porção de fruta					
Não	9	9,8	1	1,1	
Sim. 1 a 2 vezes Semana	11	12,0	6	6,5	0,00001*
Sim. 2 a 4 vezes por Semana, só Escola	6	6,5	8	8,7	
Sim. 6 a 7 Dias Semana, em casa também	23	25,0	28	30,4	
Consumo de cereais integrais					
Não	17	18,5	15	16,3	
Sim. 1 a 2 vezes Semana	19	20,7	16	17,4	0,76839
Sim. 3 a 5 vezes por Semana, só Escola	2	2,2	4	4,3	
Sim. 6 a 7 Dias Semana, em casa também	11	12,0	8	8,7	
Consumo de água					
Não	5	5,4	0	0,0	
Sim. Algumas Vezes Dia	16	17,4	20	21,7	0,00001*
Sim. Durante Dia Todo	27	29,3	23	25,0	
Raramente	1	1,1	0	0,0	
Consumo de refrigerante					
Sim	14	15,2	12	13,0	0,94371
Não	35	38,0	31	33,7	
Consumo de balas, sorvete, chocolate, bolacha recheada					
Sim	22	23,9	22	23,9	0,54838
Não	27	29,3	21	22,8	
Consumo de café					
Não	40	43,5	37	40,2	0,56745
Sim	9	9,8	6	6,5	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Análise dos resultados

Houve um resultado da pesquisa de caracterização dos alunos, que se sobressaiu, devido à alta incidência relacionada ao TDAH e ao melhor desempenho escolar. Foi quanto à prevalência de gênero. A maior parte (79,16 %) dos alunos com TDAH é do sexo masculino, 38 de 48 meninos. No grupo apontado como o de melhor desempenho escolar, havia 33 de um total de 44 meninas, ou seja, 75% do total são mulheres.

Esse dado se repete em outras pesquisas como a de Lummis e Stevenson, citada por Schartzmann (2013) e, em sua pesquisa Cérebros e Gêneros. Estes apontam que esta é, porém, uma característica desvinculada das questões socioculturais, mas sim ligada à estrutura neuronal do cérebro humano, o que deveria ser considerado pelo sistema de ensino. As diferenças são devido às influências hormonais, desde a definição do sexo na vida intrauterina, até a maturidade, quando finaliza o “dismorfismo sexual”, que também acontece no cérebro, especialmente na região do hipocampo, local responsável pelas diferenças cognitivas comportamentais entre o homem e a mulher, resultando em habilidades e potencialidades próprias. Infelizmente, o sistema de ensino, avalia, através de instrumentos iguais e quantitativos, as notas, em geral, o desempenho de ambos os gêneros, sem valorizar as habilidades masculinas. Os meninos levam desvantagem, pois o que lhes é natural, o questionamento, a curiosidade, a busca pelo raciocínio espacial, a agitação, são considerados errados, inadequados e ainda patogenizados, tanto que a incidência de TDAH em homens é cinco vezes maior neste estudo. As meninas têm facilidade na expressão falada, escrita, em cálculo matemática, portanto, levam uma vantagem natural.

Percebeu-se nos resultados que a relação entre as diferenças de hábitos dos grupos de crianças não é tão expressiva quanto se esperava. Há uma variação média de 1 a 11% nas diferenças de incidência desses hábitos entre os dois diferentes grupos, com e sem TDAH.

Há um maior incidência de crianças que não comem frutas e verduras entre as crianças com TDAH são 9,8% comparado ao grupo de alunos com melhor desempenho com 1,1% que também não gostam de frutas e verduras. Há uma proporção em relação à quantidade de uso de frutas e verduras progressiva no grupo de crianças com bom desempenho escolar, 30,4% usam frutas e verduras de 6 a 7 dias por semana e 25% usam nesta frequência esses alimentos no grupo de crianças com TDAH.

Exames de neuroimagem mostram a atividade alterada no cérebro quando a pessoa tem confiança. O doutor Newberg (2012), da Universidade da Pensilvânia, nos EUA, detectou aumento da atividade nos Lobos Frontais (concentração) e Sistema Líbico (emoções), em freiras e budistas em oração ou meditação. Para Andrew Clark (2011) as pessoas que têm confiança, superam melhor os choques e não se desesperam tanto com os tropeços da vida. E dizem ter mais satisfação e menos propensão ao pessimismo.

Conclusão

A partir dos resultados da pesquisa, pode-se concluir que, ao se mapear os hábitos saudáveis das famílias de alunos com e sem diagnóstico de TDAH, comprovou-se a adoção de hábitos não saudáveis em ambos os grupos pesquisados, alunos com diagnóstico e sem diagnóstico de TDAH. Porém, em alguns casos, como os hábitos de beber água, consumir frutas, doces e refrigerantes, assim como a confiança no pai, tiveram significância estatística e apareceram como menos nos alunos sem TDAH. No entanto, mesmo os hábitos saudáveis, que não apresentaram nível de significância neste estudo são amplamente apresentados na literatura como fatores determinantes para a saúde integral do indivíduo como: respirar ar puro, expor-se á luz solar, descanso, atividade física, evitar o que prejudica a saúde, se leva a reforçar que a mudança de comportamento em relação a estas questões, pode ser benéfica

para a atenuação dos sintomas do TDAH. É amplamente divulgado, por exemplo, que a presença de açúcar e estimulantes altera a capacidade de raciocínio (escolhas) e de reações (instintivas) das pessoas, mesmo os estudantes desta faixa etária.

Desta forma, pode-se inferir que há, sim, relação entre os hábitos saudáveis propostos nesta investigação e o aproveitamento e a incidência de comportamentos relacionados ao TDAH. E reforça-se, aqui, a necessidade da escola ser um local de se discutir a adoção de hábitos saudáveis. A questão não passa por ser um espaço para se diagnosticar o Transtorno, nem pelo fato do professor ser um desencadeador do processo de suspeita e diagnóstico, mas é o espaço onde se pode pensar na alimentação, na discussão sobre o relacionamento social do sujeito e em outros hábitos, enfim, discutidos aqui como fundamentais para uma vida com qualidade. É preciso que se use o conhecimento e a organização do espaço da escolar para tratar deste tema e trazer de forma ampla – social e médica – esta questão que mexe cada vez mais com todos os atores do TDAH: educadores, alunos e as famílias.

REFERÊNCIAS

BENCZIK, E.B.P. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica**. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002.

BIAZZI, E. **Delícias para o almoço e jantar**. 1ª ed. Cotia: Editora Viva Natural Ltda., 2010.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade** - Teoria e Prática: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas. São Paulo: Lovise, 1998.

COLEMAN, V. **O poder do corpo**. Tradução Celina Portocarrero. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

HARADA, J. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. São Paulo, 1997. p. 4-6.

LARYMORE W. **Crianças altamente saudáveis**: orientações práticas sobre a saúde de seu filho. São Paulo: Editora Vida, 2008.

LISBOA, S. **A ciência da fé**. Revista Super Interessante. São Paulo: Editora Abril. Ed. 325. Nov. 2013.

KANSLER, S. **Participação de Receptores Beta 3**, Adrenérgicos no Controle da Ingestão de Alimentos em Ratos. Livro eletrônico Tvmed. Décimo Congresso Internacional de Medicina Integrada. 2011. **Anais eletrônicos...** Curitiba 2011, 1 DVD.

PINTO, Elaine da Fonseca. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no ambiente escolar**. (2007). Disponível em: <<http://www.crda.com.br/tccdoc/40.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

RIBEIRO, F.T. Para dormir (e sonhar) melhor.. Revista Mente Cérebro.São Paulo – SP. Ediouro Duetto Editorial Ltda. Ano XIX. N. 246. P.70.

SCHWARTZMANN, J. S. **Cérebros e Gênero**. Disponível em: <www.schwartzman.com.br/php/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=4:o-crebro-humano&Itemid=20 em 05/07/2013>. Acesso em 01 abr. 2013.

SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. São Paulo, 1997. p. 14-20.

SOHLBERG, M.M.; MATEER C.A. **Reabilitação Cognitiva**. Uma abordagem Neuropsicológica Integrativa. São Paulo – SP. Grupo Editorial Nacional. Ed Santos, 2009.

SOUZA C.V. **Consultório Psicológico**. 2ª ed. Tatui-SP: Casa Publicadora Brasileira, 2004.

XIMENES, B.A.A. **Déficit de Atenção e Hiperatividade**. In: PsiqWeb, 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

WHITE, E. **Orientação da criança**. Ed. 9ª. Tatui-SP: Casa Publicadora Brasileira, 2007.

CONCLUSÃO GERAL

Diante das possibilidades, levantadas neste artigo, de medicar apenas ou buscar a reabilitação associando dentre as estratégias, a adoção de hábitos saudáveis. Esta pesquisa defende que a mudança de hábitos de vida pode minimizar os sintomas dos diversos comportamentos que estão relacionados ao TDAH.

As informações bibliográficas mostram que uma alimentação que contenha diariamente frutas, verduras, pouco açúcar e refrigerante pode contribuir para o melhor desempenho escolar, e até mesmo ter relação com o Déficit de Atenção. E a literatura ainda acrescenta que a realização de atividades físicas, da exposição ao ar livre e ao sol bem no início ou no final do dia, o consumo de cereais integrais e água, e dormir, pelo menos, oito horas de sono por noite, também podem ser determinantes, para uma parcela dos alunos e favorecer ao menos os que apresentam sintomas mais intensos.

Os hábitos saudáveis, mesmo aqueles que, na pesquisa, não apresentaram nível de significância, são amplamente apresentados na literatura como fatores determinantes para a saúde integral do indivíduo. Por exemplo, a presença de açúcar e estimulantes altera a capacidade de raciocínio (escolhas) e de reações (instintivas) das pessoas, especialmente em estudantes da faixa etária pesquisada.

Desta forma, reforça-se, aqui, a necessidade da escola ser um local onde se discute a adoção de hábitos saudáveis. O que se tentou fazer, ainda, nesta pesquisa, foi unir escola, pais e filhos, para que juntos, refletissem sobre questões já mencionadas.

Portanto, conclui-se que é possível que se use o conhecimento e o espaço escolar para tratar de uma questão que mexe cada vez mais com todos os atores deste problema: o TDAH. Como dizem Bastos e Bueno, é necessário que sejam implementadas ações interdisciplinares, com o envolvimento de médicos, psicólogos, pedagogos, mas também pais, alunos e professores no combate ao TDAH.

Neste processo, a participação da universidade é de fundamental importância, não só para a divulgação do tema, mas também para a formação, capacitação e sensibilização dos profissionais, cujo comprometimento implementará o verdadeiro processo de promoção da saúde.

A universidade, local de produção e compartilhamento de conhecimento,

deve estar apta a fortalecer o vínculo entre a escola e a equipe de saúde, para que as atividades se complementem e se reforcem mutuamente, definindo metas e métodos apropriados para encaminhá-las satisfatoriamente.

PERSPECTIVAS FUTURAS

A idéia é que esses dados subsidiem ações para promover a saúde na escola, incentivando iniciativas que motivem os alunos e suas famílias a buscarem melhores níveis de qualidade de vida.

Esses dados também podem ser utilizados para subsidiar as ações de Promoção de Saúde realizadas cotidianamente nas Unidades Básicas de Saúde de Maringá, e se tornarem objeto para o desenvolvimento de atividades educativas extracurriculares em saúde, que vêm ao encontro da proposta da Escola Promotora de Saúde, aquela que tem como foco modificar a realidade do estado de saúde da comunidade em que atua.

ANEXO 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE MARINGÁ.

Pesquisador: Barbara Magalhães Barros Arco-Verde

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14595613.2.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 226.448

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva cujo objetivo é: ao identificar os hábitos mais comuns aos dois grupos de alunos, relacioná-los com a reabilitação da criança, que pode envolver o apoio de uma equipe multidisciplinar, para estabelecer rotina, bem como valorizar os hábitos de vida saudável, além apenas do uso da medicação. A população são os alunos do quarto ano da Rede Municipal de Ensino de Maringá portadores de TDAH, bem como, os alunos de bom desempenho escolar. O instrumento será um questionário destinado aos seus pais. Os alunos também responderão a um questionário aplicado pelos professores, em sala de aula. Os dados serão analisados quantitativamente. Espera-se indicar dados para diminuir esse problema na rede pública de ensino.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os hábitos de vida associados aos sintomas do TDAH, sua minimização, e a reabilitação dos portadores, entre os alunos do 4º ano na Rede de Ensino Municipal de Maringá.

Objetivo Secundário:

⌚ Determinar o universo de alunos do 4º ano das Escolas Municipais de Maringá, portadores de TDAH, dos que usam medicação e não usam; Conhecer os hábitos de vida das crianças portadores de TDAH, que usam e que dos não usam medicação para tratamento de TDAH;⌚ Descrever os

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ⌚ Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



hábitos de vida dos alunos que pós terem indicação de tratamento de TDAH, escolheu não usar a medicação e investir em reabilitação; ç Descrever os hábitos de vida dos alunos que tem um melhor desempenho escolar; ç Relacionar os hábitos de vida dos alunos, com a prevalência, a medicalização para TDAH e os que não têm TDAH; ç Divulgar informações sobre hábitos de vida, diagnóstico, tratamento, proposta de reabilitação e prevenção do TDAH, resultantes desta pesquisa, entre a população escolar, profissionais de educação e saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos para os sujeitos.

Benefícios: Os alunos e pais, por saber quais os hábitos positivos que favorecem o desempenho escolar poderão assimilá-los durante a vida. As escolas participantes e seus profissionais poderão dar mais ênfase no ensinamento destes hábitos, a fim de promover qualidade de aprendizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto contempla todos os itens necessários á a sua realização no tempo previsto pelo seu cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto completa todos os documentos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

O projeto deve ser aprovado pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Não havendo pendências, o projeto deve ser aprovado pelo CEP.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 ç Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR



MARINGÁ, 22 de Março de 2013

Assinador por:
Joaquim Martins Junior
(Coordenador)

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 - Térreo

Bairro: Jardim Aclimação

CEP: 75.000-000

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@cesumar.br

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO DE PESQUISA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ**

Ofício nº 713/12-SEDUC.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Av. Duque de Caxias, 648, Centro – CEP 87013-180 – Maringá – PR
Fone (44) 3221-6900 – Fax 3221-6944
E-mail: educa@maringa.pr.gov.br Site da PMM: www.maringa.pr.gov.br

Maringá, 29 de outubro de 2012.

Prezada Senhora,

Conforme solicitação, informamos que contabilizamos 200 alunos que fazem uso de medicação com o componente metilfenidato nas turmas de 3º e 4º ano de nossa rede de ensino. Esclarecemos que tais números são oscilantes e estão baseados em dados fornecidos pelas nossas Escolas.

Preparamos um ofício informando às unidades de ensino que sua pesquisa está autorizada a ser desenvolvida e que servirá de suporte para possíveis reflexões sobre o tema.

Segue, em anexo, lista das escolas que atendem alunos medicados com o componente em questão.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a inteira disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,



Profª Edith Dias de Carvalho
Secretária Municipal de Educação

Ilma. Sra.
Dra. Bárbara B. M. Arco-Verde
Nesta

ANEXO 3 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO.

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas online**, pelo sistema *Scholar One Manuscripts*.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais

submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

As informações sobre a folha de rosto foram excluídas porque estão todas explicitadas no sistema, devendo ser atendidas obrigatoriamente pelo autor, ao submeter o manuscrito. O não atendimento impede o autor de continuar a submissão.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 25 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave .

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma **-Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

Casos específicos:

a Citações literais de **até três linhas**: entre aspas, **sem destaque em itálico** e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, **sem espaço entre o ponto e o número**). Ponto final depois dos parênteses.

b Citações literais de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para

indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

c Vários autores citados em sequência: **do mais recente para o mais antigo**, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

d Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

e Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

f Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

* Título sempre destacado em **negrito**; sub-título, não.

**Sem indicação do número de páginas.

***A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex:

Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina**: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

* Apenas o título do livro é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

ARTIGOS EM PERIÓDICOS: FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M. F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 42, p.595-608, jul./set. 2012

As mudanças foram por conta das orientações do IBICT em relação ao nome da revista e a sua citação

*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

**Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

*Apenas a palavra **Anais** é destacada, **em negrito**.

**Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

***Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**

**Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

ANEXO 4 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA PSICOLOGIAS, SAÚDE & DOENÇAS.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Os artigos deverão ser enviados ao editor, em formato *word*, letra *times new roman* tamanho 12, espaçamento duplo, por e-mail para psicsaudedoenca@gmail.com.

2. No corpo de e-mail deverá incluir, obrigatoriamente, o seguinte texto: “submetemos à apreciação da revista Psicologia, Saúde & Doenças o seguinte artigo:” Nome de todos os autores e título do artigo (segundo normas APA). Deverão pedir recibo de leitura, clicando no local apropriado do mail, para comprovar que o artigo chegou ao destino.

3. Submeter um artigo significa que ele ainda não foi publicado ou submetido para publicação, total ou parcialmente, e que enquanto durar o processo de apreciação não será submetido para publicação a qualquer outra revista. A nossa revista segue os procedimentos definidos nos "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*". Todos os artigos devem respeitar as regras éticas definidas nos códigos de ética da psicologia e das ciências da saúde. Quando a amostra é de pessoas portadoras de doença, a investigação deve satisfazer as exigências da Declaração de Helsinquia.

4. A revista Psicologia, Saúde & Doenças é publicada unicamente em formato digital e é de acesso livre, quer na página da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde quer na Scielo ou outras.

5. A primeira página do artigo constituirá a página de título e deverá incluir: o título do artigo que não pode ter mais de 12 palavras, o título abreviado (*running*

head) que não pode ter mais de 50 caracteres incluindo espaços, mais o nome do(s) autor(es) (sem título acadêmico), local de trabalho, com departamento, instituição, cidade e País. O nome dos autores deverá incluir o primeiro nome mais o nome de família. Para fins de tratamento editorial a página de título deverá incluir o nome e a morada completas do autor responsável pelo contato com a revista, incluindo o telefone, fax e e-mail. Deverá incluir o número de palavras total do artigo submetido.

6. Na segunda página deverá colocar, de novo, o título do artigo em Português e Inglês, um resumo em português e outro em inglês com entre 150 e 250 palavras cada: Deverá apresentar entre 3 e 7 palavras-chave em português e inglês, seguido do texto do artigo, sem o nome ou morada institucional dos autores.

7. Psicologia, Saúde & Doenças publica três tipos de artigos: relatos de estudos empíricos, artigos de revisão, e artigos teóricos. Os do primeiro tipo são relatos de investigações originais. Os artigos de revisão constituem avaliações críticas de material que foi publicado anteriormente. Os artigos teóricos são trabalhos em que o autor propõe teorias com base em material já publicado. A diferença entre artigos teóricos e de revisão é que aqueles não apresentam informação sobre investigações, enquanto os artigos de revisão explicitam detalhadamente as investigações que apreciam criticamente. As revisões podem ser revisões simples, revisões críticas, ou revisões sistemáticas, estas últimas seguindo os critérios PRISMA, ou Cochrane

8. Os artigos não deverão ultrapassar as 8000 palavras incluindo quadros e referências. As referências não deverão exceder as 40. Poderão ser exceção os artigos de revisão.

9. Para além dos artigos, serão publicadas comunicações breves, que são textos que não excedem 1500 palavras, mais um quadro e 12 referências. Serão

publicadas cartas que constituam textos relacionados com estudos já publicados neste jornal.

10. A organização do texto e das referências, deverá seguir as recomendações da última edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA). Por exemplo, um artigo que seja um relato de investigação deverá conter as seguintes partes: uma introdução (a palavra introdução não deverá encimar esta parte do texto), *Método* que por sua vez inclui, por esta ordem, as subpartes, *participantes* (se utilizar animais deverá escrever *sujeitos*), *material*, *procedimento*, *ou outras*, mais, *Resultados*, *Discussão*, e *Referências*. Se houver lugar para agradecimentos a pessoas ou instituições estes deverão aparecer antes das referências. As referências deverão ser apostas por ordem alfabética, segundo as regras da APA, e deverão conter somente trabalhos citados no texto.

Exemplos:

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counselling & Development*, 73, 355-360. doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x.

Anderson, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 22-35). Oxford, UK: Oxford University Press.

Pulkkinen, L., Kokkonen, M., & Makiaho, A. (1998). Positive affectivity, self-mastery, and the sense of failure as predictors of self-assessed health. *European Psychologist*, 3,133-142. doi: 10.1027/1016-9040.3.2.113

Entre 3 e 7 autores

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., Harlow, T., & Bach, J. S.

(1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204. doi: 10.1037//0022-3514.65.6.1190

Com mais de sete autores será

Miller, F. H., Choi, M. J., Angeli, L. L., Harland, A. A., Stamos, J. A., Thomas, S. T., . . . Rubin, L. H. (2009). Web site usability for the blind and low-vision user. *Technical Communication*, 57, 323-335.

Em que Rubin será o último autor

11. A versão que nos é enviada será submetida a revisão por especialistas. Depois do manuscrito ter sido aceite para publicação, poderão ser pedidas correções ou esclarecimentos aos autores que, após terem sido incorporadas no texto pelo(s) autor(s), deverá ser de novo enviado ao jornal como referido em 2.

12. Mais esclarecimentos sobre aspetos técnicos da publicação podem ser encontrados em http://www.apa.org/journals/authors/manuscript_check.html, com ressalva para as exceções referidas no último parágrafo da secção 10.

13. A resposta sobre a aceitação deverá ocorrer no espaço de um mês.

Psicologia, Saúde & Doenças

Av. Fontes Pereira de Melo, 35, 11° B

1050-118 Lisboa, Portugal

BLOCO B – HÁBITOS DE VIDA DE SEU FILHO

1. Seu filho come pelo menos uma porção de frutas e verduras?

- () Não.
 () Sim. Com que frequência?
 () De 6 a 7 dias por semana, em casa também.
 () De 2 a 4 vezes por semana, só na escola.
 () De 1 a 2 vezes por semana.

2. Seu filho come cereais integrais (aveia, pão ou macarrão integral, arroz integral)?

- () Não.
 () Sim. Com que frequência?
 () De 6 a 7 dias por semana, em casa também.
 () De 3 a 5 vezes por semana, só na escola.
 () De 1 a 2 vezes por semana.

3. Toma água com frequência?

- () Não.
 () Sim. Com que frequência?
 () Durante o dia todo.
 () Algumas vezes no dia.
 () Raramente.

4. Seu filho usa quais destes alimentos mais de 3 vezes por semana?

- () Refrigerante.
 () Doces (balas, sorvete, chocolate, bolacha recheada, etc).
 () Café.
 () Chimarrão/Tererê.
 () Não usa, ou apenas raramente.

5. Seu filho faz atividade física? (anda de bicicleta, joga bola, brinca com os amigos ao ar livre, caminha de 10 a 30 minutos durante o dia?)

- () Não.
 () Sim. Com que frequência?
 () De 5 a 7 dias por semana.
 () De 3 a 4 vezes por semana.
 () De 1 a 2 vezes por semana.

6. Seu filho tem problemas para dormir?

- () Não. Dorme antes das 22hs.
 () Sim.
 () Tem dificuldade para começar a dormir, dorme em torno das 22hs.
 () Dorme tarde. Em torno da meia noite.
 () Tem sono agitado.
 () Tem sonolência durante o dia.

7. Quantas horas por noite seu filho dorme?

- () Mais de 8hs.
 () De 6 às 7hs.
 () De 5 ou menos.

8. Que horas ele dorme? _____. Que horas ele acorda? _____.

9. Como seu filho faz as tarefas?

- () Sozinho, não sei se precisa ajuda, não podemos ajudá-lo.
 () Precisa de ajuda sempre.
 () Precisa de ajuda às vezes.
 () Não precisa de ajuda.

10. Que sentimento esse filho pesquisado desperta em você? Assinale mais do que um se desejar.

- () Me sinto incapaz de ajudá-lo. () Distanciamento.
 () Satisfação. () Irritação.
 () Outro _____ () Culpa.
 () Segurança de que vai dar tudo certo.

BLOCO C – ROTINA FAMILIAR

1. Vocês fazem as refeições sentados á mesa juntos, ao menos uma vez, seja o café da manhã, almoço ou o lanche/ jantar?

- () Sim, sempre.
 () Sim, algumas vezes.
 () Nos finais de semana.
 () Geralmente comemos em frente `a TV, ou separados.
 () Nos reunimos para comermos juntos raramente.

2. Na sua família vocês têm rotina nos horários, para comer (mesmo que não estejam juntos), acordar, dormir, as crianças participam das tarefas da casa?

- () Sim.
 () Não.

3. Quanto tempo de atenção dirigida (sem se dividir com telefonemas, TV, computador, etc.), você dá para seu filho, por dia?

- () O dia todo.
 () Algumas horas por dia.
 () Alguns minutos por dia.
 () Alguns momentos na semana.

4. Quantas horas por dia seu filho assiste TV, joga vídeo game, usa o computador ou outros equipamentos eletrônicos?

- () Não usa esses equipamentos.
 () De 1 á 3 hs por semana.
 () De 1 á 2 hs por dia.
 () De 3 a 5 hs por dia.
 () 5 hs ou mais por dia.

BLOCO D – USO DE MEDICAÇÃO PARA TDAH

1. O seu filho que está estudando no quarto ano tem indicação médica de tratamento com medicações como RITALINA, CONCERTA ou outra medicação?

- () Sim. Qual? _____ () Não.

2. Seu filho faz uso de medicação RITALINA/CONCERTA, ou outra medicação para TDAH?

- () Sim, há quanto tempo? _____ () Não. Por quê?

3. Quem sugeriu o uso da medicação?

- () Pediatra. () Neuropediatra.
 () Psiquiatra. () Clínico Geral.
 () Professora. () Outro _____.

4. Se seu filho usa medicação descreva o que mudou no comportamento de seu filho após o uso da medicação?

- () Dor de cabeça. () Melhorou o aprendizado.
 () Sonolência. () Não alterou o rendimento.
 () Agitação. () Comportamento. Explique:

5. Desde que seu filho teve indicação de uso de medicação e vocês pais preferiram usar ou não a medicação, houve alguma modificação nos hábitos de seu filho para ajudá-lo a melhorar seu desempenho escolar? Quais foram e quais os resultados.

(Responda no verso, por favor)

Muito obrigado por sua participação! Estaremos enviando o resultado desta pesquisa para que, confirme quais os hábitos de vida importantes para você priorizar em sua família, agora e futuramente.

PESQUISA: HÁBITOS DE VIDA QUE AJUDAM AOS QUE TEM DIFICULDADE PARA PRESTAR ATENÇÃO. QUESTIONÁRIO PARA ALUNOS.

INSTRUÇÃO INICIAL: Este é um questionário que visa identificar os hábitos de vida, que possam reduzir os problemas dos alunos que tem dificuldade de prestar atenção. Compara-se grupos de alunos da 4o ano, que tem e que não tem dificuldade de prestar atenção *(TDAH), nas escolas da Públicas de Maringá-2013. O nome de quem participa da pesquisa não será divulgado. Peço que você leia cada uma das questões com atenção e responda o que acha, assim que lê. Desde já agradecemos sua colaboração. E, se possível, deixe aqui o nome e telefone de seus pais, para que possamos encontrá-lo caso precisemos de mais informações.

Nome: _____

Telefone: _____

*TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

BLOCO A – SEUS DADOS.

1. IDADE: _____
2. SEXO: () MASCULINO. () FEMININO.
3. NOME DE SEUS PAIS OU RESPONSÁVEL _____.
4. ESCOLA: _____.
5. TURMA: _____ () MANHÃ () TARDE () TURNO INTEGRAL.

BLOCO B – SEUS HÁBITOS DE VIDA

1. VOCÊ GOSTA DE COMER FRUTAS E VERDURAS?
 () Sim.
 () Não.
 () Um pouco.
2. VOCÊ COME FRUTAS E VERDURAS SEMPRE?
 () Sim.
 () Não.
 () As vezes.
3. VOCÊ GOSTA DE COMER PÃO INTEGRAL?
 () Sim.
 () Não.
4. DURANTE O DIA, QUANTO VOCÊ TOMA DE ÁGUA?
 () Muito. (mais de 5 copos).
 () Pouco (menos de 3 copos).
 () Só às vezes.
5. VOCÊ COME DOCES E/ OU TOMA REFRIGERANTE COM QUE FREQUÊNCIA?
 () Todo dia.
 () Não.
 () Às vezes.
6. NOS SEUS MOMENTOS DE LAZER, VOCÊ PREFERE:
 () Brincar com os amigos.
 () Jogar videogame/ ficar no computador.
 () Assistir TV.
7. NA SALA DE AULA VOCÊ COSTUMA SENTIR SONO?
 () Sim.
 () Não.
 () Às vezes.
8. VOCE É PONTUAL? (CHEGA NA HORA NA AULA, FESTA, ETC.)
 () Sim.
 () Não.
 () Às vezes.

9. DURANTE A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ESCOLARES VOCÊ TEM MAIS DIFICULDADE EM:

- () Não tenho dificuldade.
 () Língua Portuguesa.
 () Matemática.
 () História / Geografia/ Ciências
 () Tenho dificuldade em quase todas.

10. VOCÊ RECEBE ELOGIO, QUANDO SE ESFORÇA PARA FAZER UMA TAREFA OU FAZ ALGUMA COISA LEGAL?

- () Sim
 () Não

11. EM QUEM VOCÊ MAIS CONFIA?

- () Pai () Avô(ó) ou Tio(a) () Ninguém () Outro _____.
 () Mãe () Irmão(ã) ou Amigo(a) () Deus

BLOCO D – USO DE MEDICAÇÃO PARA TDAH

1. VOCÊ USA ALGUM REMÉDIO, PARA MELHORAR SEU APROVEITAMENTO NA ESCOLA?

- () Sim. () RITALINA/CONCERTA. () Outra _____.
 () Não.

2. O QUE MUDOU NO SEU COMPORTAMENTO APÓS O USO DA MEDICAÇÃO? PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA. SE NÃO USA MEDICAÇÃO, PULE ESTA QUESTÃO.

- () Melhoraram as notas.
 () Consigo prestar mais atenção na aula.
 () Não percebo diferença nas notas ou na atenção nas aulas.
 () Tenho algum mal estar como:
 () dor de cabeça.
 () náusea.
 () agitação.
 () dificuldade para dormir.
 () Não sinto nada diferente no meu corpo com a medicação.

BLOCO E – ATIVIDADE SOBRE SAÚDE.

1. VOCÊ LEMBRA DE TER PARTICIPADO DA AULA SOBRE OS OITO AMIGUINHOS DA SAÚDE, O AR, A ÁGUA, O SOL, O SONO, O EXERCÍCIO, O CONFIANÇA, OU SOBRE CEREAIS INTEGRAIS E TER FEITO O "PÃO SUJINHO", QUANDO ESTAVA NA CRECHE?

- () Sim.
 () Não.

2. CASO TENHA PARTICIPADO DESTA OU DE OUTRAS ATIVIDADES SOBRE SAÚDE, O QUE VOCÊ LEMBRA DE TER SIDO MAIS INTERESSANTE E O QUE VOCÊ PROCUROU FAZER EM CASA?

Muito obrigado por sua participação! Estaremos enviando o resultado desta pesquisa para que saiba quais os hábitos de vida importantes para você, agora e no futuro.

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A RELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE MARINGÁ.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelas pesquisadoras Ana Paula Machado Velho e Barbara Magalhães Barros Arco-Verde, em relação a minha participação e de meu (minha) filho (a) no projeto de pesquisa intitulado “A RELAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM ESCOLARES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE MARINGÁ”, cujo objetivo é conhecer, relacionar e analisar os hábitos de vida dos alunos do quarto ano que são portadores de TDAH e os que têm um melhor desempenho escolar, a fim de propor medidas eficazes e complementares ao tratamento medicamentoso do TDAH. Os dados serão coletados através de questionários semi-estruturados sobre Hábitos de Vida, para os pais, alunos, desde que autorizados pelos pais, que serão trazidos para casa pelos alunos. Aqueles que tiverem o Termo de Consenso assinado pelos pais permitindo que participar da pesquisa, e que os pais tenham respondido o questionário sobre hábitos de vida, responderão a um questionário para os alunos também sobre hábitos de vida, em sala de aula com seus professores. Os pais deverão ficar com uma cópia do Termo de Consenso e deverão enviar a outra no envelope junto com o questionário respondido, para ficar com as pesquisadoras. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade e de meu (minha) filho(a), bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, responsável pelo menor, _____
 _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas
 dúvidas referentes a este estudo com a Professora Ana Paula Machado Velho
 CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, (que o(a) meu(minha) filho(a) _____
 _____ participe do mesmo.

Maringá / PR, 25/03/2013.

Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Ana Paula Machado Velho declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Ana Paula Machado Velho
Endereço: Av Guedner, 1610, bloco 7/ Mestrado.
Bairro: Jardim Aclimação.
Cidade: Maringá UF: _____
Fones: 44-30276360 e-mail: anapaula.mac@gmail.com

Nome: Barbara Magalhães Barros Arco- Verde.
Endereço: Rua Lobélia 268
Bairro: Parque Industrial
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: 44- 32552260 e-mail: barbarabav@uol.com.br

APÊNDICE 3 - TABELAS

Tabela 1. Perfil dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Perfil	Grupo				<i>p</i>
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	N	%	n	%	
Idade					
8	11	12,0	27	29,3	0,00076*
9	22	23,9	15	16,3	
10	9	9,8	1	1,1	
11	5	5,4	0	0,0	
12	1	1,1	0	0,0	
13	1	1,1	0	0,0	
Gênero					
Masculino	38	41,3	10	10,9	0,00001*
Feminino	11	12,0	33	35,9	
Período					
Manhã	26	28,3	17	18,5	0,39981
Tarde	12	13,0	15	16,3	
Integral	11	12,0	11	12,0	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 2. Perfil dos pais dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Perfil dos pais	Grupo				<i>p</i> *
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	n	%	n	%	
Estado civil					
Separado(a), Divorciado(a)	10	10,9	3	3,3	0,00327*
Casado(a)	31	33,7	36	39,1	
Solteiro	7	7,6	4	4,3	
Viúvo(a)	1	1,1	0	0,0	
Renda familiar					
R\$ 300 a R\$ 600	9	9,8	1	1,1	0,00001*
R\$ 600 a R\$ 1.200	12	13,0	7	7,6	
R\$ 1.200 a R\$ 2.400	0	0,0	30	32,6	
R\$ 1.200 a 2.400	27	29,3	0	0,0	
Acima de R\$ 5.000	1	1,1	5	5,4	
Nível de instrução					
Ensino Fundamental Incompleto	7	7,6	3	3,3	0,00551*
Ensino Fundamental Completo	8	8,7	0	0,0	
Ensino Médio Incompleto	8	8,7	7	7,6	
Ensino Médio Completo	16	17,4	17	18,5	
Ensino Superior Incompleto	4	4,3	5	5,4	
Ensino Superior Completo	5	5,4	7	7,6	
Pós-Graduação	1	1,1	4	4,3	

*Teste qui-quadrado não significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 3. Hábitos dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Hábitos	Grupo				P
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	N	%	n	%	
Gosta de comer frutas e verduras					
Não	5	5,4	0	0,0	0,22200
Sim	35	38,0	27	29,3	
Um pouco	9	9,8	16	17,4	
Come frutas e verduras sempre					
Não	7	7,6	1	1,1	0,11410
As vezes	27	29,3	29	31,5	
Sim	15	16,3	13	14,1	
Consumo de pão integral					
Sim	24	26,1	22	23,9	0,83448
Não	25	27,2	21	22,8	
Consumo de água durante o dia					
Muito(+5 copos)	19	20,7	24	26,1	0,00001*
Só as vezes	15	16,3	9	9,8	
Pouco(-3 copos)	15	16,3	10	10,9	
Consumo de doces de refrigerantes					
Não	4	4,3	0	0,0	0,03753*
Todo dia	8	8,7	4	4,3	
As vezes	37	40,2	39	42,4	
Nos momentos de lazer você prefere					
Brincar com Amigos	23	25,0	25	27,2	0,53984
Assistir TV	9	9,8	7	7,6	
Jogar Videogame e Computador	17	18,5	11	12,0	
Na sala de aula você costuma sentir sono					
Não	33	35,9	32	34,8	0,58209
As vezes	10	10,9	9	9,8	
Sim	5	5,4	2	2,2	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 4. Rotina dos alunos avaliados segundo portadores e não portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Rotina	Grupo				P
	Com TDAH (n=49)		Sem TDAH (n=43)		
	n	%	n	%	
Você é pontual					
Não	10	10,9	2	2,2	0,02682*
As vezes	19	20,7	14	15,2	
Sim	20	21,7	27	29,3	
Nas Atividades Escolares você tem mais dificuldade em					
Lingua Portuguesa	11	12,0	2	2,2	0,01057*
Matemática	12	13,0	10	10,9	
Tenho dificuldade em quase todas	6	6,5	2	2,2	
Não tenho dificuldade	16	17,4	28	30,4	
História/Geografia/Ciências	4	4,3	1	1,1	
Recebe Elogio, quando se Esforça para fazer uma tarefa ou faz alguma coisa legal					
Sim	41	44,6	39	42,4	0,44041
Não	7	7,6	4	4,3	
Em quem você mais confia					
Mãe	10	10,9	5	5,4	0,01151*
Pai e mãe	14	15,2	27	29,3	
Deus	17	18,5	11	12,0	
Pai	6	6,5	0	0,0	
Avô(ó)Tio(a)	1	1,1	0	0,0	
Irmão(ã)Amigo(a)	1	1,1	0	0,0	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 5. Hábitos alimentares dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Hábitos alimentares	Grupo		Grupo		p
	Ccom TDAH		Sem TDAH		
	n	%	N	%	
Consumo de porção de fruta					
Não	9	9,8	1	1,1	0,00001*
Sim. 1 a 2 vezes Semana	11	12,0	6	6,5	
Sim. 2 a 4 vezes por Semana, só Escola	6	6,5	8	8,7	
Sim. 6 a 7 Dias Semana, em casa também	23	25,0	28	30,4	
Consumo de cereais integrais					
Não	17	18,5	15	16,3	0,76839
Sim. 1 a 2 vezes Semana	19	20,7	16	17,4	
Sim. 3 a 5 vezes por Semana, só Escola	2	2,2	4	4,3	
Sim. 6 a 7 Dias Semana, em casa também	11	12,0	8	8,7	
Consumo de água					
Não	5	5,4	0	0,0	0,00001*
Sim. Algumas Vezes Dia	16	17,4	20	21,7	
Sim. Durante Dia Todo	27	29,3	23	25,0	
Raramente	1	1,1	0	0,0	
Consumo de refrigerante					
Sim	14	15,2	12	13,0	0,94371
Não	35	38,0	31	33,7	
Consumo de balas, sorvete, chocolate, bolacha recheada					
Sim	22	23,9	22	23,9	0,54838
Não	27	29,3	21	22,8	
Consumo de café					
Não	40	43,5	37	40,2	0,56745
Sim	9	9,8	6	6,5	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 6. Variáveis dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Variáveis	Grupo		Grupo		P
	Com TDAH		Sem TDAH		
	n	%	N	%	
O filho pratica atividade física					
Sim. 1 a 2 vezes Semana	3	3,3	2	2,2	0,62266
Sim. 3 a 4 vezes Semana	12	13,0	15	16,3	
Sim. 5 a 7 vezes Semana	15	16,3	14	15,2	
Não	19	20,7	12	13,0	
Dificuldade para dormir					
Sim. Tem sono Agitado	7	7,6	4	4,3	0,08056
Não	31	33,7	30	32,6	
Sim. Dorme tarde. Em torno da meia noite	3	3,3	6	6,5	
Sim. Tem sonolência durante o dia	2	2,2	1	1,1	
Sim. Tem dificuldade para Começar a Dormir, dorme em torno das 22 h	6	6,5	2	2,2	
Horas de sono a noite					
De 6 a 7h	9	9,8	8	8,7	0,97666
Mais de 8hs	40	43,5	35	38,0	
Horas que dorme					
Entre 10 e 12hs da noite	26	28,3	29	31,5	0,32194
Entre 8 e 9hs da noite	20	21,7	13	14,1	
Mais tarde que meia noite	3	3,3	1	1,1	
Horas que acorda					
7 da manhã ou antes	41	44,6	30	32,6	0,11284
Das 8 da manhã ou meio dia	8	8,7	13	14,1	
Tarefa dos Filhos					
Precisa de ajuda sempre	19	20,7	2	2,2	0,00030*
Precisa de ajuda as vezes	28	30,4	35	38,0	
Não precisa de ajuda	1	1,1	6	6,5	
Sozinho. Não sei se precisa de ajuda, não podemos ajudá-lo	1	1,1	0	0,0	
Sentimento quanto ao filho pesquisado					
Satisfação	26	28,3	38	41,3	0,000049*
Segurança que vai dar tudo certo	14	15,2	3	3,3	
Culpa	0	0,0	1	1,1	
Preocupação	0	0,0	1	1,1	
Me sinto incapaz de Ajudá-lo	9	9,8	0	0,0	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 7. Rotina familiar dos alunos avaliados portadores e não portadores de TDAH segundo seus pais em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Rotina familiar	Grupo				P
	Com TDAH		Sem TDAH		
	n	%	N	%	
Faz as refeições sentadas juntas					
Sim. Algumas vezes	7	7,6	7	7,6	0,00139*
Sim. Sempre	25	27,2	30	32,6	
Nos Finais de Semana	7	7,6	3	3,3	
Geralmente comemos em frente a TV, ou Separados	9	9,8	3	3,3	
Nos reunimos para comermos juntos raramente	1	1,1	0	0,0	
Rotina para comer beber etc					
Sim	36	39,1	40	43,5	0,01356*
Não	13	14,1	3	3,3	
Tempo de atenção dada ao filho					
Algumas Horas por Dia	26	28,3	29	31,5	0,42612
Alguns Momentos na Semana	10	10,9	5	5,4	
O Dia Todo	5	5,4	5	5,4	
Alguns minutos por Dia	8	8,7	4	4,3	
Tempo de utilização de Tv, Video game e computador, etc.					
De 1 a 2hs Dia	30	32,6	23	25,0	0,53533
De 3 a 5hs Dia	7	7,6	10	10,9	
De 1 a 3h Semana	12	13,0	10	10,9	

*Teste qui-quadrado significativo considerando nível de significância de 5%

Tabela 8. Quanto a indicação e efeitos da medicação segundo os pais e quanto aos efeitos da medicação segundo os filhos avaliados portadores de TDAH em escolas municipais de Maringá Paraná em abril de 2013.

Quanto a indicação/ efeito do medicamento	Com TDAH (n=49)*	
	N	%
Indicação		
Neuropediatra	36	73,5
Psiquiatra	2	4,1
Professora	3	6,1
SEGUNDO A CRIANÇA		
Melhora nas notas		
Não	18	36,7
Sim	23	46,9
Não toma medicamento	8	16,3
Prestar mais atenção na sala de aula		
Sim	33	67,3
Não	8	16,3
Não toma medicamento	8	16,3
Tenho algum mal estar - Dor de Cabeça		
Sim	9	18,4
Não	32	65,3
Não toma medicamento	8	16,3
Mal estar - agitação		
Não	35	71,4
Sim	6	12,2
Não toma medicamento	8	16,3
Mal estar - Dificuldade de dormir		
Não	36	73,5
Não toma medicamento	8	16,3
Sim	5	10,2
Não sinto nada diferente no meu corpo com a medicação		
Não	24	49,0
Sim	17	34,7
Não toma medicamento	8	16,3
SEGUNDO OS PAIS		
Medicamento deu dor de cabeça		
Não	37	75,5
Sim	4	8,2
Não toma medicamento	8	16,3
Medicamento deu sonolência		
Não	38	77,6
Sim	3	6,1
Não toma medicamento	8	16,3
Medicamento deu Agitação		
Não	34	69,4
Sim	7	14,3
Não toma medicamento	8	16,3

Medicamento melhorou aprendizado		
Sim	30	61,2
Não	11	22,4
Não toma medicamento	8	16,3
Medicamento não alterou rendimento		
Não	40	81,6
Sim	1	2,0
Não toma medicamento	8	16,3
Medicamento alterou o comportamento		
Não	31	63,3
Sim	10	20,4
Não toma medicamento	8	16,3

* Obs: Nenhuma paciente sem TDAH toma medicação.

