

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA EM ESCOLARES COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE COM E SEM
COMORBIDADES**

CURITIBA

2017

ROSILDA TEREZINHA CHIMALESKI FERREIRA

**QUALIDADE DE VIDA EM ESCOLARES COM TRANSTORNO DE
DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE COM E SEM
COMORBIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do programa stricto sensu em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof.^a Dra. Mara Lucia Cordeiro.

CURITIBA

2017


TERMO DE APROVAÇÃO

ROSILDA TEREZINHA CHIMALESKI FERREIRA

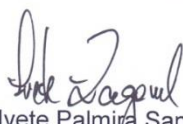
**“QUALIDADE DE VIDA EM ESCOLARES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT
DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE COM E SEM COMORBIDADES”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

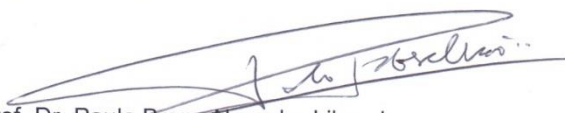
Orientador:



Prof.ª Dr.ª Mara Lucia Cordeiro
Doutora em Medicina Molecular e Farmacologia. Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Ivete Palmira Sanson Zagone
Doutora em Enfermagem. Professora Orientadora do Programa em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof. Dr. Paulo Breno Noronha Liberalesso
Doutor em Distúrbios da Comunicação. Supervisor do Programa de Residência Médica em Neuropediatria e Médico do Departamento de Neurologia Pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe.

Curitiba, 28 de março de 2017.



“Talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que “qualidade de vida”. Talvez nenhum seja mais moderno do que a busca de qualidade de vida. Ainda mais moderna é a crítica e a redefinição do conceito de qualidade de vida”.

BUARQUE, 1993.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas maravilhas que faz todos os dias em minha vida.

À minha querida orientadora, Professora Dra. Mara L. Cordeiro, por acreditar e nunca desistir de mim, me apoiar, “apostar” na minha capacidade por mim algumas vezes desacreditada, por sua humildade e sabedoria em compartilhar seu conhecimento, suas orientações, e principalmente, pela sua disponibilidade em me proporcionar este Mestrado.

Ao neuropediatra Professor Dr. Antônio Carlos de Farias, por suas conversas, seu incentivo, em me dizer tantas vezes: “não faça disso aqui apenas um trabalho, você pode mais, você tem capacidade”.

À querida Professora Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel, avaliadora interna, e ao neuropediatra Professor Dr. Paulo Breno Noronha Liberalesso, avaliador externo, pelos comentários e disposição de compor a banca avaliadora.

Aos professores doutores do Programa de Mestrado Ensino nas Ciências da Saúde, em especial a Professora Dra. Patricia Forte Rauli pelos ensinamentos e apoio.

Aos membros da Linha de Pesquisa “Neurociências Aplicada a Saúde Mental e Educação de Crianças e Adolescentes”, do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe, em especial ao Psicólogo Me. Tiago dos Santos Bara, que esteve sempre presente neste projeto, me ajudando, me auxiliando, contribuindo e muito com seu conhecimento e paciência. Aos membros que participaram da Linha de Pesquisa e que não estão mais conosco, as psicólogas Me. Cássia Benko e Me. Lucilene Garcia de Farias e ao fisioterapeuta Me. Alexandre Cunha, amigos, torcedores e incentivadores.

A Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), por viabilizar recursos para as Pesquisas.

Aos familiares e alunos participantes deste estudo.

Aos meus amigos, que de perto ou de longe, se orgulham e me apoiaram.

Agradecimento muito especial aos meus familiares, pois esta é uma conquista nossa. Ao Sidnei, meu companheiro, amigo, incentivador e esposo. À minha princesa Rafaela, que por muitos momentos ficou sem esta mãe, para que eu pudesse me dedicar a este projeto. Às minhas irmãs, sobrinho, sobrinhas pelo apoio e incentivo.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) E COMORBIDADES.....	15
3.2	ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	18
3.3	PedsQL™ 4.0 - <i>PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY™</i> (PedsQL™ 4.0).....	21
3.4	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E RENDIMENTO ESCOLAR.....	23
4	MÉTODOS	25
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	25
4.3	PARTICIPANTES.....	25
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	26
4.7	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	26
4.7.1	PedsQL™ 4.0 - <i>PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY™</i> (PedsQL™ 4.0) (8-12).....	27

4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	27
5 RESULTADOS.....	29
5.1 PARTICIPANTES.....	29
5.2 PedsQL™ 4.0 – AUTORRELATO	29
5.3 PedsQL™ 4.0 - PAIS	32
5.4 PedsQL™ 4.0 AUTORRELATO vs. PedsQL™ 4.0 PAIS.....	35
6 DISCUSSÃO	38
7 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA - *American Psychiatric Association*
- DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- FPP - Faculdades Pequeno Príncipe
- IPPPP – Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PedsQL™ 4.0 - *Pediatric Quality of Life Inventory™*
- QV – Qualidade de Vida
- QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- RME – Rede Municipal de Ensino de Curitiba
- SETI – Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
- SME – Secretaria Municipal da Educação
- SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*
- TC – Transtorno de Conduta
- TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- THD – Transtorno do Humor Depressivo
- TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
- TDM – Transtorno Depressivo Maior
- TH – Transtorno do Humor
- TOD – Transtorno de Oposição Desafiante
- WHO – *World Health Organization*
- WHOQOL - *The World Health Organization Quality of Life*
- WISC – *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças*

LISTA DE TABELAS

TABELA	TÍTULO	PÁGINA
1	Dados demográficos da amostra.....	29
2	Escores das dimensões PedsQL™ 4.0 Autorrelato.....	30
3	Escores das dimensões PedsQL™ 4.0 Pais/responsáveis.....	34
4	Teste pareado de Wilcoxon entre os grupos Autorrelato e Pais/responsáveis.....	36
.	.	.
5	Correlação de Spearman entre os respondentes Autorrelato e Pais/responsáveis.....	37
.	.	.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	TÍTULO	PÁGINA
1	Comparação entre os grupos PedsQL™ 4.0 – Autorrelato.....	32
2	Comparação entre os grupos PedsQL™ 4.0 – Pais/responsáveis.....	35
3	Comparação entre os respondentes Autorrelato e Pais/responsáveis do PedsQL™ 4.0.....	36

RESUMO

Qualidade de Vida (QV) é um conceito multidimensional abrangente, porém extremamente importante que inclui aspectos físicos, mentais e sociais. Estudos são necessários para determinar os indicadores das intervenções farmacológicas, terapêuticas e impacto que as doenças podem causar na vida dos indivíduos. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é o transtorno neurobiológico mais comum em crianças, tem um impacto negativo global (paciente, família e comunidade) e é altamente comórbido. Nenhuma pesquisa no Brasil até o presente momento investigou os aspectos da QV relacionada a saúde (QVRS) em crianças com TDAH e comorbidades. Portanto, o presente estudo utilizou o *Pediatric Quality of Life Inventory*[™] (PedsQL[™] 4.0) (8-12), para avaliar retrospectivamente e quantitativamente a QVRS em escolares (n=231, 8-12 anos, ambos os sexos) com TDAH com e sem comorbidades. Foi testada a hipótese que quanto mais comorbidades associadas ao TDAH, menor os aspectos relacionados a QVRS. Os resultados indicaram que crianças com TDAH com comorbidades apresentaram índices estatisticamente inferiores ($p < 0,05$) em vários domínios de QVRS medidos pelo PedsQL[™] 4.0. Esses resultados além de contribuir com literatura científica, resultam em implicações para às necessidades da saúde dessas crianças por apresentarem maiores prejuízos na QVRS.

ABSTRACT

Quality of life (QoL) is a multidimensional concept, but extremely important that includes physical, mental and social aspects. QoL studies are important indicators to determine whether interventions are effective. Attention deficit disorder/Hyperactivity (ADHD) is the most common neuropsychiatric disorder in children, has a negative impact (patient, family and community) and it is highly comorbid. Research in Brazil up until now, investigated aspects of Health Related QoL (HRQOL) in children with ADHD without comorbidities. Therefore, the present study used the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™ 4.0) (8-12), to evaluate retrospectively and quantitatively the HRQOL in students (n = 231, 8-12 years, both sexes) with ADHD with and without co-morbidities. The hypothesis that the more comorbidities associated with ADHD, the lower aspects of the HRQOL was tested. The results showed that children with ADHD with comorbidities presented statistically lower indices ($p < 0,05$) in various domains of HRQOL as measured by PedsQL™ 4.0. These results may contribute to the scientific literature and have important implications for health needs of these children.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns da infância e da adolescência. Ele se caracteriza por uma combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, com taxa de prevalência de 3 a 7% para crianças em idade escolar (APA 2013), influenciando significativamente, a sua Qualidade de Vida (QV) (MARQUES *et al.*, 2013). Os sintomas estão contemplados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5) da Associação de Psiquiatria Americana (APA), e devem estar presentes por no mínimo, 6 meses e em dois ambientes ou mais (APA, 2013).

Segundo o DSM-5, é necessário que o paciente apresente os sintomas antes dos 12 anos de idade. Eles acarretam prejuízos significativos no funcionamento do indivíduo, na vida pessoal, social, acadêmica ou profissional (APA, 2013).

Os sintomas de desatenção incluem aqueles que envolvem a falta de capacidade de permanecer em uma tarefa, ou ainda, a perda de materiais em níveis incoerentes para sua idade ou de seu desenvolvimento (APA, 2013). Os sintomas hiperatividade-impulsividade estão relacionados às atividades excessivas, comportamentos de inquietudes, intromissão em atividades e a falta de capacidade em aguardar ou esperar a vez (APA, 2013). Esses sintomas também devem estar fora de contexto para a idade ou ao nível de desenvolvimento (APA, 2013).

O TDAH comumente, ocorre associado a outras doenças neurobiológicas, como o Transtorno Específico da Aprendizagem (TEA), Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), Transtornos de Ansiedade (TA) e Transtornos do Humor (TH) (APA, 2013). Calcula-se que o TDAH seja de 21 a 60% comórbido com TOD, 14% com TH e 46% com TAE (ELIA; AMBROSINI; BERRETTINI, 2008)

O TOD, se caracteriza por um comportamento desafiador, de oposição, e seus portadores não se conformam com as exigências de uma figura de

autoridade e podem resistir à realização de tarefas profissionais ou escolares. Ele se caracteriza ainda, por um comportamento de hostilidade (APA, 2013).

Outro transtorno que apresenta alta comorbidade com o TDAH é o Transtorno Depressivo Maior (TDM), que se encontra nos Transtornos Disruptivos de desregulação do humor, entre outros (APA, 2013). O TDM se caracteriza por padrão de humor deprimido, fadiga, perturbação, insônia e, em crianças e adolescentes, o humor poderá ser irritável ao invés de triste (APA, 2013).

O TDAH, especialmente quando apresenta comorbidade, acarreta em prejuízos significativos à qualidade de vida do paciente, nas suas relações com a família, com os amigos, e principalmente, no seu rendimento escolar, assim como, gera um comprometido também, nas suas relações sociais (MANNUZZA; KLEIN, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (OMS, 1946, p.100).

A OMS também define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995, p. 1405).

Avaliar a QV é de extrema importância, pois fornece informações sobre o quanto a doença e/ou a presença de comorbidades interfere nos aspectos físico, social, emocional e escolar do portador, com maior relevância ainda, a partir da perspectiva do indivíduo.

Alguns estudos já avaliaram os aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em indivíduos com TDAH. Essas pesquisas demonstraram que o TDAH pode estar associado a uma QV inferior, quando comparado com pares sem transtornos (GOULARDINS; MARQUES; CASELLA, 2011; LIMBERS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2013; VARNI, 2014; ZANNI; BIANCHIN; MARQUES, 2009). Porém, a literatura científica atualmente tem carência de estudos que avaliem o impacto das comorbidades na QV, especialmente no Brasil.

Portanto, foi testada a hipótese de que a presença de comorbidades em crianças com TDAH poderia influenciar significativamente, a QVRS nessas crianças e em suas famílias. Para esse objetivo foi utilizando o *Pediatric Quality of Life Inventory*TM (PedsQLTM 4.0 ; 8-12 anos).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde em escolares com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) com e sem comorbidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a QVRS em escolares diagnosticadas com TDAH, com e sem comorbidades utilizando o PedsQL™ 4.0 versão autorrelato;
- Avaliar a QVRS em escolares diagnosticadas com TDAH, com e sem comorbidades utilizando o PedsQL™ 4.0 versão pais;
- Comparar a QVRS entre os grupos: TDAH, TDAH+TOD, TDAH+THD, TDAH+THD+TOD, e grupo CONTROLE (sem transtornos);
- Comparar a percepção da QVRS dos escolares com as dos pais;
- Comparar a QVRS dos grupos participantes, para subsidiar precocemente os transtornos comórbidos que afetam o desempenho escolar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) E COMORBIDADES

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), nos anos de 1950 foi conceituado como “Lesão Cerebral Mínima”, subsequente como “Reação Hiperkinética” na segunda edição do DSM. Já na terceira edição do DSM da Associação de Psiquiatria Americana (APA), foi denominado Síndrome do Déficit de Atenção com, ou sem hiperatividade (APA, 1980). Em 1987, com a revisão do DSM III, foi alterada a nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade (DDA), após ter sido enfatizada a hiperatividade (APA, 1980). Em 1994, na 4ª edição, houve outra mudança, quando foi conceituado como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Nesse contexto, os sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção foram agrupados em três subtipos: a) predominantemente desatento; b) predominantemente hiperativo/impulsivo, e c) predominantemente combinado (ROHDE; HALPERN, 2004).

Atualmente, o DSM em sua quinta edição, DSM-5, apresenta critérios diagnósticos atualizados baseado em vários anos de pesquisa sobre o tema para o TDAH. Segundo o DSM-5, para ter o diagnóstico do TDAH, o indivíduo deve apresentar um padrão persistente de características de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfiram significativamente, no seu funcionamento ou desenvolvimento (APA, 2013). O padrão desatenção pode apresentar-se como divagação em tarefas, dificuldade de manter o foco e desorganização. O padrão hiperatividade se visualiza na atividade motora excessiva de forma inapropriada. E, o padrão impulsividade refere-se às ações precipitadas sem planejamento (APA, 2013). Não é incomum esses sintomas variarem dependendo do contexto ou ambiente, pois podem ser minimizados ou ausentes se houver uma situação de recompensa, ou de uma situação nova, ou

ainda, quando recebe estímulos externos consistentes, como por exemplo, um celular ou um IPAD (MARKS, 2004). Esse transtorno deve se manifestar em mais de um ambiente, em casa, na escola ou no trabalho, e os sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos, geralmente, acompanhados de atrasos leves no desenvolvimento motor, linguístico ou social, que caracterizam o impacto ou prejuízo na vida desses indivíduos (APA, 2013). Além disso é necessário verificar a frequência e a intensidade desses sintomas, como também, é preciso apresentar padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, com impacto negativo nas atividades sociais acadêmicas e/ou profissionais (APA, 2013).

No total, são 18 sintomas, distribuídos entre desatenção, hiperatividade e impulsividade. Para fins diagnósticos devem-se considerar: 9 sintomas de desatenção, 6 sintomas de hiperatividade e 3 sintomas de impulsividade (APA, 2013).

Alguns dos sintomas do TDAH podem continuar na vida adulta, gerando sérias consequências, como: desempenho acadêmico reduzido, menos sucesso profissional, rejeição social, maior probabilidade de sofrer lesões. Ainda, se envolvem facilmente em atividades de alto risco, como acidentes, devido aos sintomas de hiperatividade ou impulsividade, além de serem menos produtivos, não cumprirem prazos e nem regras, se envolvendo em atos criminosos e drogadição (POLANCZYK; ROHDE, 2007; ROHDE; HALPERN, 2004).

Alguns estudos sugeriram que aproximadamente de 40 a 60% das crianças com TDAH mantiveram esse diagnóstico na idade adulta (ELIA; AMBROSINI; BERRETTINI, 2008).

Se não houver um diagnóstico precoce, preciso e, sem tratamento, outros transtornos podem aparecer, piorando seu quadro, os quais são chamados de comorbidades (ROHDE; BENXZIK, 1999).

O TDAH é frequentemente comórbido, em até 50%, sendo mais frequente o Transtorno de Conduta (TC) e o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e em menor grau, os Transtornos de Humor (TH) (APA, 2013; BARKLEY, 2006). Na população em geral, segundo o DSM-5, o TOD é comórbido com TDAH em aproximadamente, metade das crianças com TDAH do tipo combinado, e um quarto do tipo desatento (APA, 2013). Outros estudos demonstram que os

sintomas de hiperatividade/impulsividade foram fatores preditivos para posterior desenvolvimento do TOD. Nesse contexto, parece que o TDAH, é um fator de risco para o desenvolvimento do TOD (SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004).

O TOD tem como critérios diagnósticos o comportamento argumentativo/desafiador, emocional (raiva ou irritação), ou índole vingativa, apresentando comportamentos com duração de no mínimo, seis meses, com pelo menos, quatro desses sintomas das categorias de humor raivoso/irritável, comportamento questionador/desafiante, índole vingativa (APA, 2013). Para as crianças com TOD, há um risco de desenvolver TC, ansiedade e depressão (APA, 2013). Também é comum a comorbidade com o TDAH e o TC, com isso, o TOD está associado a um maior risco de tentativas de suicídio, assim como, e de Transtorno Depressivo Maior (TDM), que está associado ao alto índice de suicídio (APA, 2013).

O risco para o TOD pode estar relacionado a fatores temperamentais ligados à regulação emocional, como por exemplo, a baixa tolerância às frustrações ou fatores ambientais devido a práticas agressivas e fatores genéticos e fisiológicos (APA, 2013). A prevalência para esse transtorno varia de 1 a 11%, com prevalência média de 3,3%, podendo ainda, variar de acordo com a idade e gênero (APA, 2013). A prevalência do TDAH comórbido, com TOD, está estimada na população entre 5% a 14% (APA, 2013; CORDEIRO; FARIAS, 2010; SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004).

As causas do TDAH ainda não foram totalmente identificadas por ser um transtorno multifatorial, com influência de fatores genéticos, biológicos, ambientais e sociais (LAFER; VALLADA FILHO, 1999; ROHDE; HALPERN, 2004). Assim como para o TDAH, as causas para o TOD, também envolvem fatores genéticos e ambientais, e geralmente os sintomas aparecem antes dos oito anos, acarretando prejuízos nas relações sociais e acadêmica (ANDRADE; BROWNE; TANNOCK, 2014; SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004).

Os comprometimentos gerados pelo TOD e TDAH são múltiplos, os quais resultam em prejuízos como: baixa autoestima, dificuldade de ajustamento emocional, social, acadêmico, profissional, redução do funcionamento físico, frequentemente, resultando em quadros depressivos e que podem desenvolver

o Transtorno de Personalidade Antissocial na vida adulta (ANDRADE; BROWNE; TANNOCK, 2014; SERRA-PINHEIRO *et al.*, 2004).

Outro transtorno que seguidamente está associado ao TDAH é o Transtorno do Humor Depressivo (THD). Nessa situação, consideram-se como critérios para diagnóstico, sintomas de humor deprimido; interesse ou prazer diminuídos; fadiga; perturbação do sono (insônia ou sono excessivo); recorrentes pensamentos sobre morte; concentração reduzida; alterações psicomotoras (agitação ou lentidão), perda ou ganho de peso e culpa excessiva, por um período de duas semanas, acompanhados de mudança relativa ao funcionamento anterior (APA, 2013; GRILLO; DA SILVA, 2004).

Em relação aos transtornos relacionados aos aspectos do humor, existe uma estimativa de que 0,4% a 3,5% das crianças brasileiras apresentam THD, seguido pelos Transtornos de Ansiedade (TA). (LAFER; VALLADA FILHO, 1999; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Estudos prévios demonstraram que crianças diagnosticadas com TDAH apresentaram um risco 3 vezes maior de desenvolver a depressão do que crianças sem o TDAH, e além disso, foi demonstrado que crianças com TDAH e THD tendem ser mais ansiosas, comprometendo os aspectos social e escolar (HUMPHREYS *et al.*, 2013).

Concomitante ao THD, outros transtornos repetidamente ocorrem, como os transtornos relacionados a substâncias, ao Pânico, ao obsessivo-compulsivo, à anorexia nervosa, à bulimia nervosa e à personalidade *Borderline* (APA, 2013).

Há uma relação entre os transtornos TDAH, TOD e THD, para os primeiros sintomas, pois eles são observados no período de inserção escolar, com exceção do THD que pode ocorrer em qualquer idade, com maiores possibilidades para o início na puberdade (APA, 2013).

3.2 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O termo “Qualidade de Vida” (QV) é amplo e genérico, e utilizado diariamente pela população em geral e também no contexto científico (SEIDL;

ZANNON, 2004). Na Antiguidade, os filósofos já refletiam sobre a QV, embora não usassem essa terminologia, mas o pensamento era relacionado a uma vida de bem estar e felicidade (TEMPSKI, 2010). Para Aristóteles, o ser humano deveria praticar o que há de melhor dentro de si, para um estilo de vida e felicidade, enquanto que para Sócrates, era necessário separar o que é bom e ruim na vida. Já para Platão, era necessário que o indivíduo estivesse em perfeito estado de bem estar físico, mental e social (TEMPSKI, 2010).

De acordo com Pascoal e Donato, o termo QV deveria ser mais amplo ao invés de se limitar a indivíduos não saudáveis, ampliando seu contexto em como viver bem, abrangendo as áreas social, afetiva, profissional, e também, a que se refere à saúde, pois ao considerar o envolvimento em um contexto mais amplo, pode-se verificar o grau de satisfação (PASCOAL; DONATO, 2005). Portanto, esses autores sugeriram não se limitar a um conceito único sobre QV, mas considerar todos os contextos em que o ser humano esteja inserido, seja no familiar ou nas suas relações sociais, na educação e cultura e na moradia. Da mesma forma, no aspecto profissional e financeiro e no lazer, ou seja, o que cada um considera como é “viver bem”. Essa referência remete ao contexto atual, onde os fatores econômicos e o alto índice de desemprego, podem influenciar a QV, com isso, destacam-se os conceitos de QV para um contexto mais amplo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A expressão “Qualidade de Vida” foi destacada pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK, 2000. p.20).

Estudos demonstraram que o conceito começou a ser aplicado no âmbito da saúde, a partir de 1970, e é um tema que cresce, dependendo do grau de interesse (FLECK, 2000; LANDEIRO *et al.*, 2011).

Evidenciou-se em outro estudo, que QV engloba 6 domínios da vida, que são: físico, emocional, social, espiritual, intelectual e profissional, concebendo assim, a QV, como a busca pela Qualidade da Vida.

Mais recentemente surgiu um conceito que especifica o termo genérico de QV para “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS) (ZANNI;

BIANCHIN; MARQUES, 2009). Há o termo genérico, com fundamentação na OMS, e o termo QVRS mais frequente na literatura científica, que associa aspectos à enfermidades ou intervenções relacionadas à saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Atualmente a expressão QVRS é frequentemente utilizada, não somente no sentido de preservação à vida, mas para promover a saúde, verificando as condições médicas, o impacto e os resultados, assim como, para alguns pacientes, o importante é a duração da vida (DANCKAERTS *et al.*, 2010; ZANNI; BIANCHIN; MARQUES, 2009). Existe muito interesse em estudos que relacionem a QV na atividade humana, e verifiquem os aspectos físico, social e emocional que afetam a saúde do indivíduo como um todo (DANCKAERTS *et al.*, 2010; ZANNI; BIANCHIN; MARQUES, 2009).

Um dos principais objetivos de avaliar a QVRS, é verificar o impacto da doença na vida das pessoas, para identificar os pacientes que necessitam de atenção especial, o monitoramento e progresso de pacientes, e a detecção de problemas psicossociais (FITZPATRICK *et al.*, 1992).

A OMS após definir saúde, conceituou QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995, p. 1405).

Com a necessidade de avaliar a QV, em uma amplitude que atendesse indivíduos saudáveis ou não, a própria OMS constituiu um instrumento de avaliação, o *The World Health Organization instrument to evaluate quality of life* (WHOQOL), considerando o ponto de vista do olhar do indivíduo avaliado (FLECK, 2000). O grupo de pesquisadores, os quais organizaram esse instrumento, observaram os aspectos subjetivos da QV, como bem-estar, prazer, realização pessoal, entre outros (SEIDL; ZANNON, 2004). Esses aspectos subjetivos se referem ao estilo de vida do indivíduo, e os estudiosos observaram os pontos objetivos, como renda, desenvolvimento econômico e social, pois eles têm relação com as condições de vida de um indivíduo, como base para compor o instrumento de avaliação (SEIDL; ZANNON, 2004). O primeiro instrumento é composto por 100 questões, em que são avaliados os aspectos físico, o psicológico, o de independência, as relações sociais, o meio ambiente, a

espiritualidade e as crenças pessoais. Já o segundo, é uma versão abreviada desse mesmo instrumento, mas com 26 perguntas (FLECK, 2000).

Existem vários instrumentos genéricos e específicos para avaliar a QVRS (PINTO-NETO; MARQUES, 2008). Os genéricos avaliam de uma forma global, ou seja, não são específicos para uma determinada doença, enquanto que os específicos avaliam de forma individual e específica, e são direcionados para uma determinada função, doença ou população (PINTO-NETO; MARQUES, 2008).

Entre os questionários genéricos de avaliação da QVRS citam-se o *Short-Form Health Survey (SF-36)*, *The Medical Outcomes Study 36-item Health Survey* e o *EuroQoL (EQ-5D)*, o *Sickness Impact*, o *Quality of Well-Being Scale (QWB)* (PINTO-NETO; MARQUES, 2008; SEIDL; ZANNON, 2004). Da mesma maneira, há os questionários específicos para avaliar uma determinada doença, como o diabetes, por exemplo, *Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)*, *Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS)* (PINTO-NETO; MARQUES, 2008).

Para a população pediátrica, um dos instrumentos mais utilizados, objetivos e de fácil interpretação para avaliação da QVRS é o *Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™)*, em suas versões: 1.0; 2.0; 3.0 e 4.0 desenvolvido por Varni e colegas (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006). O módulo 3.0, *PedsQL™ 3.0* é específico para pacientes com câncer, asma, doenças reumáticas, entre outras (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006), enquanto a versão 4.0, o *PedsQL™ 4.0* é uma versão genérica, o qual foi utilizado para a realização na presente pesquisa.

3.3 PedsQL™ 4.0 - *PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY™* (PedsQL™ 4.0)

O *PedsQL™ 4.0* é um instrumento genérico para avaliar a QVRS, podendo ser utilizado em uma população saudável ou não, e foi desenvolvido por James Varni e outros colaboradores, e com base na percepção dos pais e

autorrelato (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006). O PedsQL™ 4.0 atende aos requisitos da OMS, em que a QVRS abrange uma amplitude maior do indivíduo, como bem-estar físico, mental e social, e não se restringe somente à sua saúde (FLECK, 2000).

O PedsQL™ 3.0 é destinado à população pediátrica com doenças específicas, por exemplo: PedsQL™ 3.0, *câncer*, é utilizado para avaliar a QVRS em crianças com câncer, o PedsQL™ 3.0, *Asthma*, é específico para avaliar a QVRS de crianças com asma (KABAK *et al.*, 2016; RONCADA *et al.*, 2013). Soma-se a esses, o PedsQL™ 3.0, específico para Reumatologia; Transplante; Sintomas Gastrointestinais; Tumor Cerebral, entre outros (VARNI, 2014).

O PedsQL™ 4.0 foi traduzido, validado e padronizado para a cultura brasileira em 2008 (KLATCHOIAN *et al.*, 2008), como também foi validado e traduzido para diversos outros países, como Austrália, Alemanha, Reino Unido, Noruega, Finlândia, entre outros (KLATCHOIAN *et al.*, 2008). Ele é utilizado em diversas faixas etárias, 5-7, 8-12 e 13-18 anos, distribuído entre a auto avaliação de crianças e de adolescentes entre 5 a 18 anos, e a versão pais, entre 2 e 18 anos (SOUZA *et al.*, 2014).

Esse instrumento é composto por 23 itens, abrangendo as seguintes dimensões: capacidade física (oito itens); aspecto emocional (cinco itens); aspecto social (cinco itens); aspecto escolar (cinco itens), tanto para a versão pais quanto para a versão autorrelato (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006). Para esta pesquisa, foi utilizada a versão do PedsQL™ 4.0 que atende à faixa etária de 08 a 12 anos

Para mensuração, o instrumento apresenta uma escala Likert de resposta com cinco itens, sendo de 0-5, onde 0 = nunca é um problema; 1 = quase nunca é um problema; 2 = algumas vezes é um problema; 3 = frequentemente é problema; 4 = quase sempre é um problema (KLATCHOIAN *et al.*, 2008).

Os itens atendem a uma pontuação invertida, onde os valores indicam melhor QV, se apresentarem uma pontuação mais alta, sendo a média 50%. A escala seguiu a seguinte ordem que equivale a 0-4 para 0-100 da seguinte maneira: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0 (KLATCHOIAN *et al.*, 2008). O cálculo se dá através da soma de cada aspecto e dividido pelo número de itens.

Para o escore total, é realizada a média da soma de cada dimensão e dividida pela quantidade de dimensões (KLATCHOIAN *et al.*, 2008).

O PedsQL™ 4.0 foi utilizado para avaliar crianças em varias situações de saúde, Por exemplo, foi utilizado para comparar a QVRS de crianças obesas com crianças eutróficas, resultando que crianças obesas apresentaram baixa QV em todos os aspectos (POETA; DUARTE; GIULIANO, 2010). Em outro estudo para validação na versão árabe, foi aplicado em uma amostra de crianças saudáveis e em crianças com câncer e outras doenças crônicas na Jordânia. Nesse estudo foi demonstrado uma ótima confiabilidade e validade da versão árabe do PedsQL™ 4.0, pois apresentou propriedades psicométricas satisfatórias (ARABIAT *et al.*, 2011).

No estudo realizado para validação da versão brasileira foi utilizado uma amostra saudável e outra com doença reumática crônica. As crianças com a doença apresentaram uma redução significativa na QV, e o instrumento demonstrou consistência interna e validação da versão brasileira do PedsQL™ 4.0 (KLATCHOIAN *et al.*, 2008).

Em uma recente meta-análise de nove estudos, nos quais foram utilizados o PedsQL™ 4.0, para determinar o impacto dos sintomas do TDAH na QVRS, concluiu que o TDAH tem um efeito negativo moderado na QVRS dos pacientes e seus familiares (LEE *et al.*, 2016).

No Brasil, até o momento, há um único estudo utilizando o PedsQL™ 4.0 para avaliar a QVRS de crianças com TDAH, porém sem comorbidades, e comparadas com um Grupo Controle, saudável. Os resultados demonstraram que crianças com TDAH apresentaram escores mais baixos para a QVRS (GOULARDINS; MARQUES; CASELLA, 2011).

3.4 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E RENDIMENTO ESCOLAR

Uma das consequências mais significativas dos sintomas do TDAH está relacionada ao rendimento escolar, pois frequentemente estudantes com TDAH

apresentam um significativo baixo desempenho escolar, motivando o encaminhamento para avaliação de profissionais habilitados (PASTURA *et al.*, 2005).

Estudos prévios demonstraram prejuízos no rendimento escolar devido aos sintomas do TDAH, com maior frequência para os subtipos desatento e combinado (CUNHA *et al.*, 2013; DALEY; BIRCHWOOD, 2010; ROHDE; BARBOSA, 2000).

Dificuldades no rendimento escolar repercutem na vida do estudante, e conseqüentemente, influenciam sua vida adulta, com menores chances de concluir os estudos e piorar o *status* profissional, comprometendo a QV (DANCKAERTS *et al.*, 2010; KLATCHOIAN *et al.*, 2008)-

Outros estudos, demonstraram que a QV é prejudicada em indivíduos com TDAH, com maior dano no aspecto escolar em relação a outros aspectos da QV (DANCKAERTS *et al.*, 2010).

Na literatura brasileira, estudos confirmaram que crianças com TDAH repetem de ano mais de uma vez, assim como, pelo menos 48% já foram expulsas das escolas, apresentando desempenho inferior ao esperado para a faixa etária (DESIDÉRIO; MIYAZAKI, 2003).

Devido ao fato dos indivíduos com TDAH apresentarem desempenho escolar inferior de desenvolvimento, desde a pré-escola até a vida adulta, é importante a participação de profissionais e familiares para encaminhamentos e avaliações a fim de reduzir o prejuízo acarretado na QV (DALEY; BIRCHWOOD, 2010).

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo comparativo, com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os questionários utilizados foram aplicados nos pais/responsáveis e aos participantes da pesquisa no Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (IPPPP), Curitiba, Paraná.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo, foram estudantes com idade entre 8 e 12 anos de ambos os sexos encaminhados por queixas de comportamento e/ou dificuldades de aprendizagem das escolas da Rede Municipal de Ensino de Curitiba, através da parceria entre Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (IPPPP) e Secretaria Municipal da Educação de Curitiba. Esses estudantes foram avaliados e diagnosticados pela equipe multiprofissional do núcleo de Neurociências do IPPPP, sob a Coordenação da Dra. Mara L. Cordeiro, no período de março de 2007 até dezembro de 2015. Foram organizados cinco grupos: A) TDAH (n= 62); B) TDAH+TOD (n=65); C) TDAH+THD (n= 23); D) TDAH+THD+TOD (n= 39) e grupo E) Controle, sem diagnóstico de transtornos comportamentais (n=42).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) 8 a 12 anos de idade, de ambos os sexos;
- b) crianças com $QI > 70$;
- c) Diagnosticados com TDAH com e sem comorbidades pela equipe de Neurociências do IPPPP;
- d) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista e Transtornos do Desenvolvimento Intelectual (Deficiência Intelectual);
- b) Epilepsias e outros problemas de saúde neurológicos;
- c) Não preencher os critérios de inclusão.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os protocolos de pesquisas foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Pequeno Príncipe, número CEP 0358-06. Os pais e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a pesquisa seguiu as normas estabelecidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA

4.7.1 PedsQL™ 4.0 - *PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY™* (PedsQL™ 4.0) (8-12)

O PedsQL™ 4.0 de 8-12 anos, como apresentando anteriormente, é um instrumento genérico de avaliação da QVRS, que pode ser utilizado em crianças e adolescentes de 2 a 18 anos de idade, saudáveis ou não, avaliando as dimensões pelas subescalas: Capacidade Física, Emocional, Social, Escolar, QVRS total e Psicossocial (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006).

Para a pontuação do PedsQL™ 4.0 observa-se o valor atribuído a cada resposta, sendo de 0-5, onde 0 = nunca é um problema; 1 = quase nunca é um problema; 2 = algumas vezes é um problema; 3 = frequentemente é problema; 4 = quase sempre é um problema, onde resulta que quanto maior a pontuação melhor a QV, pois não há um ponto de corte (VARNI; BURWINKLE; SEID, 2006).

Para a presente pesquisa, foi investigado as dimensões da capacidade física, aspecto emocional, social, escolar e qualidade de vida total.

A aplicação deste instrumento, tanto para o autorrelato quanto para a versão pais, foi acompanhada por um profissional treinado da equipe de Neurociências durante a avaliação do estudante, e também para atendermos os critérios de inclusão, para que o instrumento fosse compreendido pelos respectivos respondentes, especialmente o respondente autorrelato, foi considerado $QI > 70$.

A utilização deste instrumento foi obtido através da autorização do *Mapi Research Trust* (<http://www.mapi-trust.org/>), e as informações sobre o PedsQL™ 4.0, podem ser obtidas no portal *on-line* do *The PedsQL™ – Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory™* (http://www.pedsq.org/about_pedsq.html).

4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As subescalas do PedsQL™ 4.0 foram analisadas para normalidade pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. As subescalas apresentaram uma distribuição outra (que não normal). O teste Kruskal-Wallis foi executado para testar as possíveis diferenças entre as variáveis de Idade, QI total, QI Execução e QI Verbal. Já para comparação dos índices de todos os grupos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Os valores de tamanho de efeito, d de Cohen, é uma medida estatística que é utilizada para medir a “força” de um fenômeno. Por definição Cohen sugeriu que tamanho do efeito seja considerado: pequeno se menor ou igual a $0,20 \leq d < 0,49$; médios se os valores estão entre $0,50 \leq d < 0,79$ e grandes se $d \geq 0,80$ (PAGE, 2014).

Para todas as análises foi adotado nível de probabilidade de significância de $p < 0,05$. Os dados foram analisados no software SPSS para Windows versão 23.0®.

5 RESULTADOS

5.1 PARTICIPANTES

Tabela 1 abaixo resume as características demográficas da amostra. Os participantes da pesquisa foram 231 crianças e adolescentes, sendo 188 meninos e 43 meninas com média de idade de 8,93 anos, com desvio padrão de 0,872, sem diferença estatística entre idade e quocientes de inteligência (QI). A idade mínima e máxima foi de 8 e 12 anos, respectivamente.

Tabela 1 – Dados demográficos da Amostra.

		TDAH	TDAH+TOD	TDAH+THD	TDAH+THD+TOD	Controle
Sexo						
Masculino		47	58	18	32	33
Feminino		15	7	5	7	9
Idade						
Média (DP)		9,00(0,95)	8,92(0,80)	8,86(0,78)	8,79(0,89)	8,93(0,89)
QI						
TOTAL	Média (DP)	97,59(15,98)	99,72(14,01)	98,14(14,27)	100,62(14,66)	104,33(16,68)
VERBAL	Média (DP)	97,59(16,89)	99,29(14,41)	96,36(13,37)	100,77(15,33)	102,26(16,99)
EXECUÇÃO	Média (DP)	98,00(15,79)	101,20(14,68)	100,09(15,48)	100,38(14,62)	106,40(18,01)

TDAH= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, **TDAH+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno de Oposição Desafiante, **TDAH+THD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo, **TDAH+THD+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo e Transtorno de Oposição Desafiante.

Fonte: Dados da Pesquisa.

p>0,05.

5.2 PedsQL™ 4.0 – AUTORRELATO

Na tabela 2, são resumidas as medidas de tendência central e de dispersão entre os grupos para as dimensões do PedsQL™ 4.0.

Tabela 2 – Escores das dimensões do PedsQL™ 4.0 Autorrelato através dos grupos.

	TDAH _a	TDAH+TOD _b	TDAH+TD _c	TDAH+TD+TOD _d	Controle _e	Diferenças	Tamanho de efeito
Subescalas	Média (SD) (n=62)	Média (SD) (n=65)	Média (SD) (n=23)	Média (SD) (n=39)	Média (SD) (n=42)		
Capacidade Física						b>a*, a>d*e>a*, b>c*	≤0,47
	70,40 (20,01)	78,03 (15,79)	66,19 (21,77)	60,66 (20,27)	76,42 (17,53)	e>c*	0,504
						b>d***, e>d***	≤0,903≥0,866
Aspecto Emocional	69,92 (19,63)	67,00 (21,61)	60,00 (24,30)	43,76 (24,40)	72,74 (20,19)	a>d***, b>d**, e>c*	≤0,760≥0,545
						e>d***	0,958
Aspecto Social						a>c, d*	≤0,49
	74,92 (21,82)	77,46 (22,45)	60,91 (25,80)	65,38 (21,62)	94,26 (90,58)	b>c, d**	≤0,624≥0,591
						e>c**, e>d***	≤0,833≥0,827
Aspecto Escolar						b>a*, e>d	≤0,465
	56,31 (21,05)	69,77 (22,93)	45,45 (22,93)	50,51 (21,30)	61,43 (21,90)	b>c, d**, e>c**	≤0,666≥0,586
Total						a>c*	0,445
	67,72 (15,02)	71,26 (16,29)	58,15 (18,22)	56,67 (16,68)	72,69 (16,47)	a>d**, b>c**, e>c**	≤0,793≥0,638
						b>d***, e>d***	≤1,06≥0,887

Legenda: **TDAH**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, **TDAH+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno de Oposição Desafiante, **TDAH+THD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo, **TDAH+THD+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo e Transtorno de Oposição Desafiante. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Tamanho de efeito é interpretado por pequeno (0,20), Médio (0,50), e Grande (0,80).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Diferenças significativas foram encontradas na dimensão Capacidade Física entre os grupos B vs A (p=0,024), A vs D (p=0,021), B vs C (p=0,041), B vs D (p<0,001), E vs A (p=0,045), E vs C (0,048) e E vs D (p<0,001).

Para o Aspecto Emocional foram identificadas diferenças entre os grupos A vs D (p<0,001), B vs D (p=0,002), E vs C (p=0,033) e E vs D (p<0,001).

Na dimensão Aspecto Social, foram encontradas diferenças entre os grupos A vs C (p=0,027), A vs D (p=0,025), B vs C (p=0,007), B vs D (p=0,002), E vs C (p=0,002) e E vs D (p=0,001).

No Aspecto Escolar, foram identificadas diferenças significativas entre os grupos B vs A ($p=0,035$), B vs C ($p=0,003$), B vs D ($p=0,004$), E vs C ($p=0,015$) e E vs D ($p=0,041$).

Para a somatória da QVRS Total, foram encontradas diferenças entre os grupos A vs C ($p=0,045$), A vs D ($p=0,001$), B vs C ($p=0,004$), B vs D ($p<0,001$), E vs C ($p=0,003$) e E vs D ($p<0,001$).

Na tabela 2 também são demonstrados o tamanho de efeito de diferenças entre os grupos.

Para a Capacidade Física o grupo B vs A, A vs D, E vs A e B vs C sugerem um efeito significativo “Pequeno”. Para o grupo E em relação ao grupo C sugerem um efeito “Médio”, e “Grande” para os grupos B e E em relação ao grupo D.

Para o Aspecto Emocional foi encontrado um efeito “Médio” entre os grupos A vs D, B vs D e E vs C, e “Grande” entre o grupo E em relação ao grupo D.

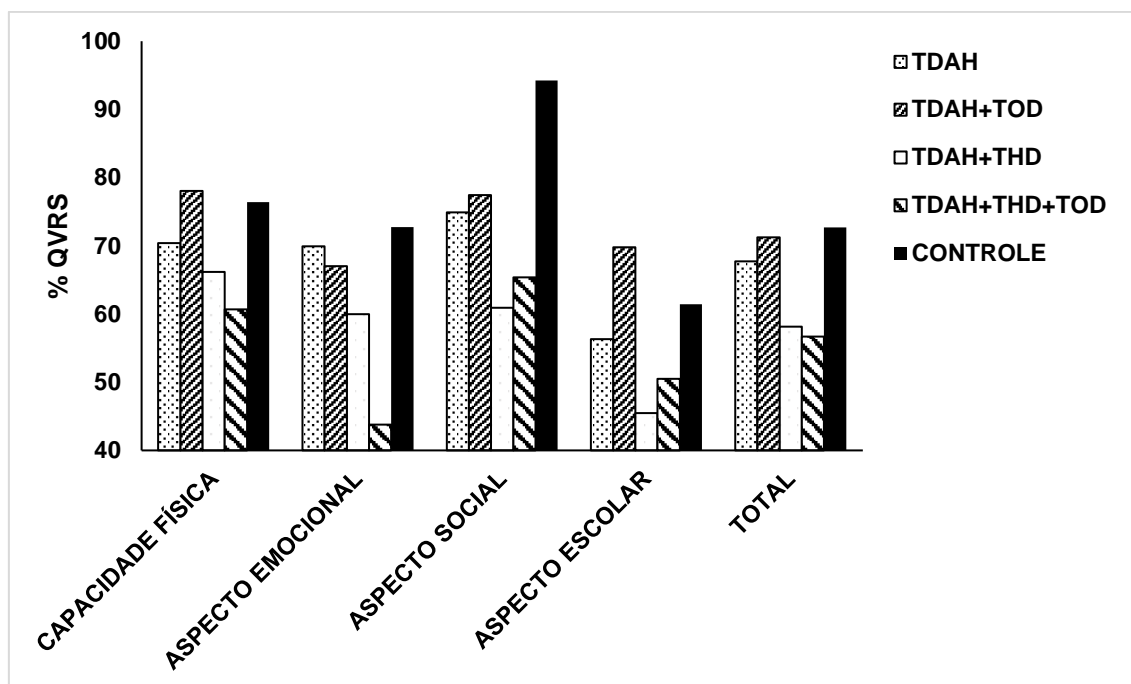
Na dimensão do Aspecto Social, foram encontrados resultados de efeito “Pequeno” entre o grupo A em relação aos grupos C e D, “Médio” entre o grupo B em relação aos grupos C e D, e “Grande” para o grupo E em relação aos grupos C e D.

No Aspecto Escolar foram encontrados resultados que sugerem tamanhos de efeito “Pequeno” entre os grupos B vs A e E vs D, e “Grande” para os grupos B em relação aos grupos C e D, e E vs C.

Já para a subescala Total foram encontrados tamanhos de efeito “Pequeno” entre os grupos A vs C, “Médio” entre os grupos A vs D, B e E em relação ao C, e “Grande” entre os grupos B e E vs C.

Para melhor visualização, os resultados apresentados na Tabela 2 são demonstrados na Figura 1, onde foram resumidas as comparações entre os grupos para todas as dimensões do PedsQL™ 4.0 do Autorrelato. Os níveis de significância estão apresentados na Tabela 2, e é relevante observar as grandes diferenças significativas para os grupos com comorbidades (TDAH+THD, TDAH+THD+TOD).

Figura 1 – Comparação entre os grupos PedsQL™ 4.0 – Autorrelato



Legenda: **TDAH**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, **TDAH+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno de Oposição Desafiante, **TDAH+THD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo, **TDAH+THD+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo e Transtorno de Oposição Desafiante.

Fonte: Dados da pesquisa.

* $p < 0,05$

5.3 PedsQL™ 4.0 - PAIS

Na tabela 3 são demonstradas as comparações entre os grupos para a versão PedsQL™ 4.0 – Pais.

Revelou diferenças significativas para a Capacidade Física entre os grupos A vs D ($p=0,038$) e E vs D ($p=0,029$).

Para o Aspecto Emocional, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos A vs D ($p=0,006$), E vs B ($p=0,005$), E vs C ($p=0,009$), E vs D ($p < 0,001$).

Na subescala Aspecto Social, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos A vs D ($p=0,015$), E vs B ($p=0,015$), E vs C ($p=0,014$) e E vs D ($p < 0,001$).

Para o Aspecto Escolar, foram identificadas diferenças significativas entre os grupos A vs C ($p=0,036$), E vs C ($p<0,001$), E vs D ($p=0,038$) e E vs B ($p=0,046$).

Já para a subescalas Total, foram evidenciadas diferenças significativas entre os grupos A vs D ($p=0,001$), B vs D ($p=0,030$), E vs A ($p=0,043$), E vs B ($p=0,006$), E vs C ($p=0,002$) e E vs D ($p<0,001$).

Ainda na tabela 3 são apresentados o tamanho de efeito, onde para a Capacidade Física sugere um efeito “Pequeno” para os grupos A e E em relação ao grupo D.

Para a dimensão do Aspecto Emocional foi encontrado um efeito “Médio” entre os grupos A vs D, E vs B, C, e “Grande” entre o grupo E em relação ao grupo D.

No Aspecto Social, foram encontrados resultados de efeito “Pequeno” entre o grupo A vs D e E vs B, “Médio” para o grupo E vs C, além do tamanho de efeito “Grande” para o grupo E em relação ao grupo D.

No Aspecto Escolar foram encontrados resultados que sugerem tamanhos de efeito “Pequeno” entre os grupos A vs C e E vs B e D, e “Grande” para o grupo E em relação ao grupo C.

Já para a subescala Total foram encontrados tamanhos de efeito “Pequeno” entre os grupos B vs D e E vs A, “Médio” entre os grupos A vs D e E em relação ao B, e “Grande” entre o grupo E vs C e D.

Tabela 3 – Escores das dimensões do PedsQL™ 4.0 Pais/responsáveis através dos grupos.

	TDAH _a	TDAH+TOD _b	TDAH+TD _c	TDAH+TD+TOD _d	Controle _e	Diferenças	Tamanho de efeito
Subescalas	Média (SD) (n=62)	Média (SD) (n=65)	Média (SD) (n=23)	Média (SD) (n=39)	Média (SD) (n=42)		
Capacidade Física	77,82 (18,22)	74,09 (21,25)	67,90 (24,42)	68,84 (22,04)	80,27 (16,45)	a>d*,e>d*	≤0,498
Aspecto Emocional	71,97 (20,05)	67,08 (19,80)	62,05 (26,93)	60,13 (20,05)	77,86 (13,03)	a>d**,e>b,c** e>d***	≤0,677≥0,554 0,984
Aspecto Social	74,26 (21,96)	70,23 (22,63)	63,86 (27,47)	61,54 (24,69)	80,71 (18,53)	a>d**,e>b** e>c** e>d***	≤0,482 0,636 0,837
Aspecto Escolar	52,95 (17,33)	52,15 (17,48)	44,55 (13,79)	49,74 (16,70)	57,86 (12,30)	a>c*,e>b,d* e>c***	≤0,47 0,966
Total	69,19 (12,77)	66,27 (14,36)	59,59 (19,40)	60,06 (14,90)	74,14 (10,24)	b>d*,e>a* a>d**,e>b** e>c**,e>d***	≤0,435 ≤0,672≥0,554 ≤1,066≥0,825

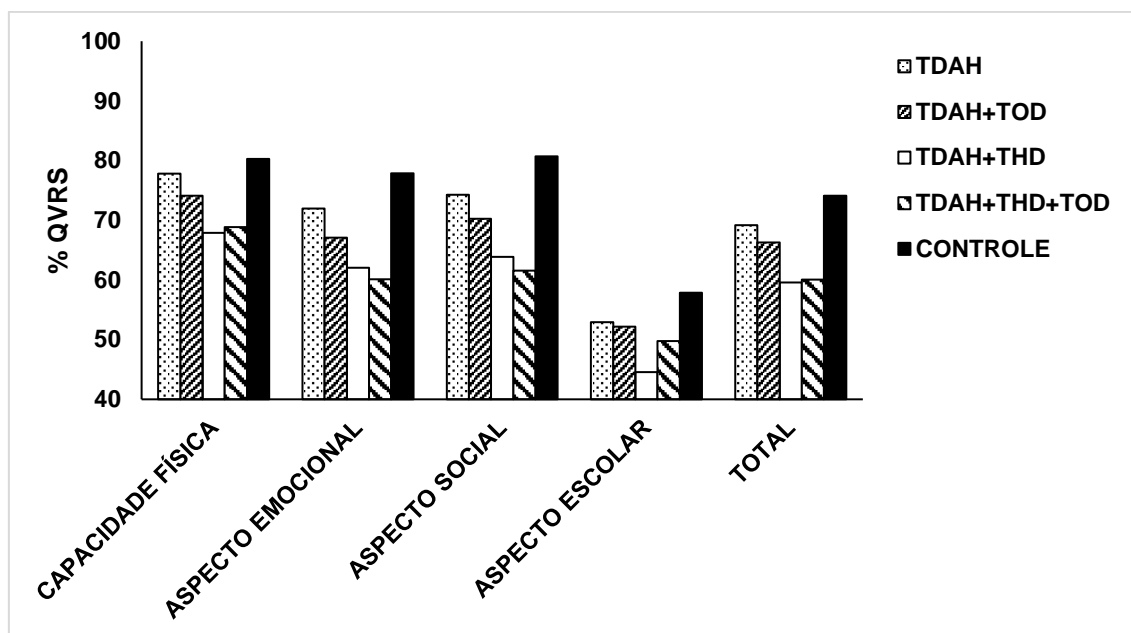
Legenda: **TDAH**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, **TDAH+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno de Oposição Desafiante, **TDAH+THD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo, **TDAH+THD+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno Depressivo e Transtorno de Oposição Desafiante. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Tamanho de efeito é interpretado por pequeno (0,20), Médio (0,50), e Grande (0,80).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Para melhor visualização, os resultados apresentados na Tabela 3 são demonstrados na Figura 2, onde foram resumidas as comparações entre os grupos para todas as dimensões do PedsQL™ 4.0 dos respondentes pais/responsáveis.

Os níveis de significância estão apresentados na Tabela 3, e é relevante observar as grandes diferenças significativas para os grupos com comorbidades (TDAH+THD, TDAH+THD+TOD), com maior prejuízo para a subescala Aspecto Escolar, igualmente ao do autorrelato, porém, para a dimensão Aspecto Escolar para os pais foi apresentado valores menores que do autorrelato, o que sugere que os pais observaram melhor o prejuízo escolar do que os estudantes.

Figura 2 – Comparação entre os grupos PedsQL™ 4.0 – Pais/responsáveis.



Legenda: **TDAH**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, **TDAH+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno de Oposição Desafiante, **TDAH+THD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno do Humor Depressivo, **TDAH+THD+TOD**= Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade comórbido ao Transtorno Depressivo e Transtorno de Oposição Desafiante.

Fonte: Dados da pesquisa.

* $p < 0,05$

5.4 PedsQL™ 4.0 AUTORRELATO vs. PedsQL™ 4.0 PAIS

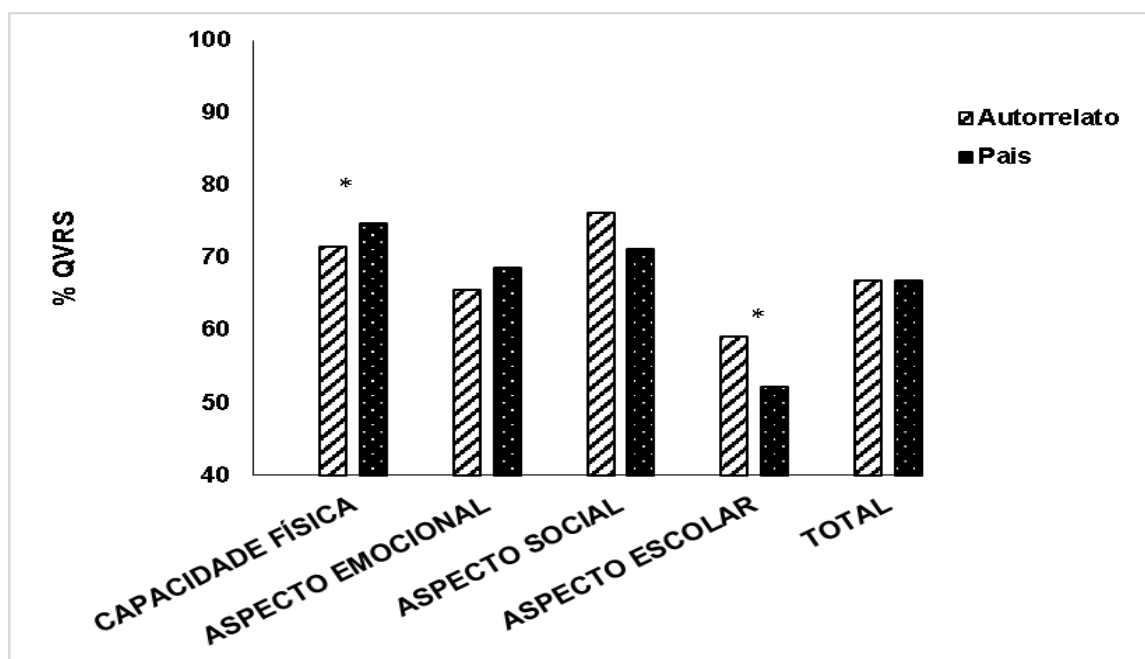
Para as comparações dos aspectos da QVRS entre todos estudantes de todos os grupos analisados juntamente e pais, foram encontradas diferenças significativas para Capacidade Física e Aspecto Escolar, onde foi evidenciado melhor índice na Capacidade Física, e pior índice na subescala Aspecto Escolar para os respondentes pais/responsáveis. A Tabela 4 e a Figura 3 resumem os dados.

Tabela 4 – Teste pareado de Wilcoxon entre os grupos Autorrelato e Pais/responsáveis.

Variáveis	Autorrelato		Pais		p
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade Física	71,59	19,67	74,78	20,4	0,036
Aspecto Emocional	65,61	22,51	68,57	20,40	0,127
Aspecto Social	76,21	44,36	71,19	23,23	0,080
Aspecto Escolar	59,05	36,75	52,16	16,37	0,001
Total	66,86	17,19	66,78	14,62	0,808

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3 – Comparação entre os respondentes Autorrelato e Pais/responsáveis do PedsQL™ 4.0.



Fonte: Dados da pesquisa.

* $P < 0,05$.

Foram realizadas correlação entre as dimensões para ambos os respondentes, onde foram encontradas correlações positivas, porém, o nível de correlação é fraco entre todas as dimensões. (Vide a tabela 5).

Tabela 5 – Correlação de Spearman entre os respondentes Autorrelato e Pais/responsáveis para as dimensões.

	Coeficiente de correlação	p	Interpretação
Capacidade Física	0,284	<0,001	Fraca
Aspecto Emocional	0,332	<0,001	Fraca
Aspecto Social	0,274	<0,001	Fraca
Aspecto Escolar	0,282	<0,001	Fraca
Total	0,355	<0,001	Fraca

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa avaliou-se a QVRS em estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) com e sem comorbidades, pela escala - *Pediatric Quality Of Life Inventory*TM (PedsQLTM 4.0, 8-12).

Foi observado pelo depoimento dos respondentes autorrelato, que para a dimensão de capacidade física, o Grupo Controle e o Grupo TDAH+TOD apresentaram índices superiores em relação aos Grupos TDAH, TDAH+THD e TDAH+THD+TOD. Esse resultado, com índices superiores nessa subescala para os Grupos Controle e TDAH+TOD, é um dado novo para a literatura, pois, em estudos anteriores, o TDAH era apresentado sem ser diferenciado por suas comorbidade em relação ao Grupo Controle, onde o Grupo Controle apresentava resultados com índices superiores (DANCKAERTS *et al.*, 2010; GOULARDINS; MARQUES; CASELLA, 2011; MARQUES *et al.*, 2013).

Para os respondentes pais/responsáveis, na dimensão de Capacidade Física, notou-se que os Grupos TDAH e Controle apresentaram índices superiores em relação ao Grupo TDAH+THD+TOD. Apesar desses achados, os dados forneceram evidências de que nessa dimensão, os resultados foram discordantes entre os Grupos autorrelato e pais/responsáveis, embora em outro estudo tenham encontrado boa concordância entre os respondentes (autorrelato e pais/responsáveis) (DANCKAERTS *et al.*, 2010). Esses resultados foram semelhantes aos de Marques e colegas (2013), o que sugere que as crianças não têm percepção clara dos prejuízos de seu funcionamento físico (MARQUES *et al.*, 2013).

Na dimensão do Aspecto Emocional para os respondentes autorrelato, os grupos comórbidos, com depressão, apresentaram índices inferiores em relação aos demais grupos, ou seja, a comorbidade de Transtorno do Humor Depressivo (THD) ao TDAH acarretou maiores prejuízos. Em estudos anteriores, sem relacionar a QV, foram relatados maiores prejuízos no funcionamento psicossocial de indivíduos com TDAH comórbido ao THD (BIEDERMAN *et al.*, 2008). Esse é um resultado novo na literatura brasileira, a qual carece de

avaliações sobre TDAH e suas comorbidades, e como essas comorbidades afetam a QV dessas crianças e seus familiares.

Para os respondentes pais/responsáveis na dimensão do Aspecto Emocional, o Grupo TDAH apresentou índices superiores em relação ao Grupo TDAH+TD+TOD. Já o Grupo Controle apresentou índices superiores para os grupos TDAH+TOD, TDAH+TD e TDAH+TD+TOD, exceto para o TDAH apenas.

Em relação ao maior prejuízo em grupos de TDAH comórbidos com outros transtornos psiquiátricos, em outro estudo que abordou a comparação de um Grupo Controle saudável, contra um Grupo TDAH comórbido com outros transtornos psiquiátricos, os resultados da pesquisa foram semelhantes e o aspecto emocional apresentou pior índices para o Grupo TDAH comórbido (LIMBERS *et al.*, 2011).

Na dimensão do Aspecto Social, para os respondentes autorrelato, encontraram-se índices superiores para os Grupos TDAH, TDAH+TOD e Controle em relação aos Grupos TDAH+THD e TDAH+THD+TOD, o que sugere piores índices para essa dimensão aos Grupos que apresentaram comorbidade com Transtorno Depressivo. Em outros estudos que avaliaram a QVRS de pacientes com TDAH, utilizando o PedsQL™ 4.0, foram encontradas diferenças significativas no aspecto social, com maior prejuízo ao Grupo TDAH, em relação ao Controle (LIMBERS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2013). Para os respondentes pais/responsáveis, os índices no Aspecto Social foram iguais ao Aspecto Emocional, em que o Grupo TDAH apresentou índices superiores em relação ao Grupo TDAH+THD+TOD, e o Grupo Controle apresentou índices superiores em relação aos Grupos TDAH+TOD, TDAH+THD, TDAH+THD+TOD. Dados semelhantes foram encontrados para o Grupo TDAH em relação ao Grupo Controle (LIMBERS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2013).

Para o Aspecto Escolar do respondente autorrelato evidenciou-se melhor índice para o Grupo TDAH+TOD em relação aos Grupos TDAH, TDAH+TD e TDAH+TD+TOD. Não foram encontradas diferenças significativas do Grupo TDAH+TOD em relação ao Grupo Controle, porém esse último apresentou pontuação menor para essa subescala em relação ao Grupo TDAH+TOD. Já em outros estudos foram achados dados de que o Grupo TDAH comórbido ou não, com outros transtornos psiquiátricos, apresentam maior

prejuízo em relação ao Grupo Controle (LIMBERS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2013). Contudo, os dados sugerem que crianças com a comorbidade de TOD apenas, têm uma percepção de menores prejuízos acadêmicos em relação aos outros Grupos. Nessa mesma dimensão, para os respondentes pais/responsáveis, notaram-se melhores índices para o Grupo TDAH em relação ao Grupo TDAH+THD. Entretanto, o Grupo Controle apresentou índices superiores em relação aos Grupos TDAH+TOD, TDAH+THD e TDAH+THD+TOD.

Para a média total das subescalas, para os respondentes do autorrelato, os Grupos TDAH e TDAH+TOD apresentaram melhores índices de QVRS em relação aos Grupos TDAH+THD e TDAH+THD+TOD, o que sugere que o TDAH em comorbidade com depressão pode apresentar índices inferiores da QVRS. Esses dados corroboram com achados de outros estudos, os quais mostraram que crianças diagnosticadas com TDAH obtiveram resultados piores em relação a um Grupo Controle (LIMBERS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2013; VARNI; BURWINKLE, 2006). Ainda, para a média total das subescalas, para os respondentes pais/responsáveis, o Grupo Controle apresentou melhores índices em relação a todos os Grupos, e os Grupos TDAH e TDAH+TOD apresentaram melhores índices somente ao Grupo TDAH+THD+TOD.

Os resultados obtidos pelos respondentes autorrelato em relação aos pais, demonstram que apesar de correlações positivas entre as subescalas, elas apresentam uma correlação fraca. Esse fato denota que, segundo a percepção das crianças, evidenciam índices com menor prejuízo, por não terem uma percepção clara de seu prejuízo. Apesar disso, confirmou-se que os Grupos comórbidos com o Transtorno do Humor Depressivo (TDAH+THD e TDAH+THD+TOD) apresentaram índices inferiores aos demais Grupos, para ambos os respondentes, o que corrobora com achados de outros estudos quanto ao grau de prejuízo provavelmente relacionado à qualidade de vida (BIEDERMAN *et al.*, 2008).

Apesar desses resultados, devem-se considerar algumas limitações. Primeiro, o tamanho da amostra, apesar de relativamente pequeno, possibilitou a obtenção de análises estatísticas significativas. Segundo, os dados não podem ser generalizados à população por serem oriundos de um centro de pesquisa.

Entretanto, devem-se considerar alguns aspectos positivos deste estudo:

- Este é o primeiro estudo no Brasil, a realizar comparações de Grupos de TDAH com diagnósticos bem estabelecidos e suas comorbidades com um Grupo Controle.
- A utilização de uma amostra pediátrica diagnosticada rigorosamente, em comparação a estudos anteriores que utilizaram apenas questionários de triagem dos sintomas de TDAH e não estabeleceram um diagnóstico.
- Os achados corroboram com a literatura científica internacional ao relacionar a QVRS e o TDAH comórbido ou não (Lee, *et al.*, 2016).

Também se analisou e se comparou cada uma das subescalas do instrumento PedsQL de todos os Grupos separadamente, tanto para os respondentes autorrelato quanto para pais/responsáveis. Os resultados forneceram dados de que crianças com diagnóstico de TDAH podem apresentar piores índices de QVRS, e, quando comórbidos ao TD, esses índices se apresentaram ainda mais inferiores.

Estudantes com TDAH comórbido tendem a ter uma pior QVRS, como também, podem apresentar prejuízos nas suas relações, com seus familiares, na vida acadêmica, no trabalho, entre outros, como consequências do TDAH, mas é possível a melhora dos sintomas quando diagnosticados de forma correta, precoce, e tratados devidamente.

Neste estudo, observou-se que, com a presença de comorbidades, esses prejuízos tendem a ser ainda maiores. Demonstrou-se também, que a comorbidade com THD e, TDAH com mais de uma comorbidade (TDAH+THD+TOD), apresentaram prejuízos em todas as dimensões do PedsQL™ 4.0.

Estudos anteriores, no Brasil, avaliaram a QVRS somente para TDAH em relação a Grupos Controle, sem separar o Grupo TDAH pelas suas comorbidades, apesar de evidenciarem que para indivíduos com TDAH apenas, já apresentavam sérias consequências em função desse diagnóstico. Assim, com a presença de comorbidades, as consequências e prejuízos durante a vida

podem ser ainda maiores. Portanto, diagnosticar e tratar precocemente é de grande relevância, pois ao investir preventivamente, podem-se evitar prejuízos futuros, como por exemplo: a evasão escolar ou baixa escolaridade, a drogadição, os acidentes de trânsito, entre outros. Com isso, recomendam-se tratamentos e aconselhamentos mais eficazes.

Esses resultados demonstraram a necessidade de atenção dos familiares, dos profissionais da área da saúde e da educação, para que estejam atentos a esses estudantes, às suas queixas e sintomatologias, para a indicação de avaliação e tratamento precoces. Esses resultados também mostraram a necessidade de abordar esses assuntos-pertinentes à prática clínica, à qualidade de vida, à formação acadêmica e à formação, especialmente, em Educação Continuada, Educação Permanente e na promoção da integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade.

7 CONCLUSÃO

Estudantes com o diagnóstico de TDAH com a presença de comorbidades principalmente com o Transtorno do Humor Depressivo tendem a ter um prejuízo significativo em todas as dimensões da qualidade de vida relacionada a saúde. Em particular, os aspectos acadêmicos foram os que mais apresentaram prejuízos. Portanto, é recomendado que sejam desenvolvidas estratégias psicopedagógicas e terapêuticas com o objetivo de ajudar esse grupo de crianças.

Esta pesquisa pode contribuir significativamente para a literatura científica, resultando em implicações para às necessidades da saúde e conseqüentemente a qualidade de vida desses alunos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth ed., Washington, DC, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Third ed. Washington, DC, 1980.

ANDRADE, B. F.; BROWNE, D. T.; TANNOCK, R. Prosocial skills may be necessary for better peer functioning in children with symptoms of disruptive behavior disorders. **PeerJ**, v. 2, n. August 2015, p. e487, 2014.

ARABIAT, D. *et al.* Cross-cultural Validation of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scale into Arabic Language. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 25, n. 4, p. 828–833, 2011.

BARKLEY, R.A.; MURPHY, K. R. **Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook**. Third ed. New York: Guilford Publications, 2006.

BIEDERMAN, J. *et al.* New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. **J.Am Acad.Child Adolesc.Psychiatry**, p. 426–434, 2008.

CORDEIRO, M.L.; FARIAS, A.C. **Transtornos Mentais em crianças e Adolescentes: Mitos e Fatos**. Associação Hospitalar Dr. Raul Carneiro, Curitiba – Pr, 2010.

CUNHA, V. L. O. *et al.* Desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em tarefas metalinguísticas e de leitura. **CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 40–50, 2013.

DALEY, D.; BIRCHWOOD, J. ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? **Child: Care, Health and Development**, v. 36, n. 4, p. 455–464, 2010.

DANCKAERTS, M. *et al.* **The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review** *European Child and*

Adolescent Psychiatry, 2010.

DESIDÉRIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Orientações para a família. **ABRAPEE**, v. 2, n. 1, p. 165–178, 2003.

ELIA, J.; AMBROSINI, P.; BERRETTINI, W. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 2, n. 15, p. 1–9, 2008.

FITZPATRICK, R. *et al.* Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **BMJ**, v. 305, n. April, p. 1074–7, 1992.

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

GOULARDINS, J. B.; MARQUES, J. C. F. B.; CASELLA, E. B. Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 69, n. 4, p. 630–635, 2011.

GRILLO, E.; DA SILVA, R. J. M. [Early manifestations of behavioral disorders in children and adolescents]. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2 Suppl, p. S21–7, 2004.

HUMPHREYS, K. L. *et al.* The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two complementary samples. **Journal of abnormal psychology**, v. 122, n. 3, p. 854–867, 2013.

KABAK, V. Y. *et al.* Reliability and Validity of the Turkish Version of the PedsQL 3.0 Cancer Module for 2- to 7-Year-Old and the PedsQL 4.0 Generic Core Scales for 5- to 7-Year-Old: The Hacettepe University Experience. **Turkish Journal of Hematology**, v. 33, n. 3, p. 236–243, 2016.

KLATCHOIAN, D. A. *et al.* Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 Generic Core Scales. **Jornal de pediatria**, v. 84, n. 4, p. 308–315, 2008.

LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 12–17, 1999.

LANDEIRO, G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4257–4266, 2011.

LEE, Y. CHEN *et al.* Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL. **Research in Developmental Disabilities**, v. 51-52, n. 110, p. 160–172, 2016

LIMBERS, C. A. *et al.* Patient-reported pediatric quality of life inventory™ 4.0 generic core scales in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders: Feasibility, reliability, and validity. **Value in Health**, v. 14, n. 4, p. 521–530, 2011.

MANNUZZA, S.; KLEIN, R. G. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, v. 9, n. 3, p. 711–726, 2000.

MARKS, D. J. ADHD in Adults: Assessment and Treatment Considerations. **Behavioral Health Management**, v. 24, n. 3, p. 42-43, 2004.

MARQUES, J. C. *et al.* Comparison of child self-reports and parent proxy-reports on quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. **Health and quality of life outcomes**, v. 11, n. 1, p. 186, 2013.

MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

PAGE, P. Beyond statistical significance: clinical interpretation of rehabilitation research literature. **International journal of sports physical therapy**, v. 9, n. 5, p. 726–36, 2014.

PASCOAL, M.; DONATO, J. C. Aspectos psicofísicos e sócio-culturais da qualidade de vida Dr. **Movimento & Percepção**, v. 5, n. 6, p. 91–117, 2005.

PASTURA, G. M. C.; *et al.* Revisão de Literatura Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Psiq. Clín**, v. 32, n. 6, p. 324–329, 2005.

PINTO-NETO, A. M.; MARQUES, CONDÉD. Qualidade de vida: editorial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 11, p. 535–535, 2008.

POETA, L. S.; DUARTE, M. F. S.; GIULIANO, I. C. B. qualidade de vida Relacionada à saúde de Crianças Obesas. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, p. 168–72, 2010.

POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. Epidemiology of attention-deficit / hyperactivity disorder across the lifespan. **Curr Opin Psychiatry**, v. 20, p. 386–392, 2007.

ROHDE, L. A; HALPERN, R. Recent advances on attention deficit / hyperactivity disorder. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2 Suppl, p. 61–70, 2004.

ROHDE, L.; BARBOSA, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. Supl II, p. 7–11, 2000.

RONCADA, C. *et al.* Specific Instruments to Assess Quality of Life in Children and Adolescents with Asthma. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 89, n. 3, p. 217–225, 2013.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C. Qualidade de vida e saúde : aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, 2004.

SERRA-PINHEIRO, M. A. *et al.* Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 273–276, 2004.

SOUZA, J. G. S. *et al.* Tools used for evaluation of Brazilian children's quality of life. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 272–278, 2014.

TEMPSKI, P. A Philosophical Dialogue on Quality of Life. **CADERNOS ABEM**, v. 6, n. Outubro, p. 62–73, 2010.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; p. 41-60, 1994.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014.

VARNI, J. W. Scaling and Scoring of the Pediatric Quality of Life Inventory. **MAPI Research trust**, n. March, p. 1–130, 2014.

VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M. The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. **Health and quality of life outcomes**, v. 4, p. 26, 2006.

VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M.; SEID, M. The PedsQL: 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability, and validity. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 2, p. 203–215, 2006.

WECHSLER, D. **Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III)**: Manual. San Antonio: The Psychological Corporation. Terceira edição, 1991.

World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Geneva, 1946.

ZANNI, K. P.; BIANCHIN, M. A.; MARQUES, L. H. N. Qualidade de vida e desempenho ocupacional de pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia. **J Epilepsy Clin Neurophysiology**, v. 15, n. 3, p. 114–117, 2009.