



**PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA- UFBA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**DAGOBERTO BONAVIDES DE OLIVEIRA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTORÇÕES COGNITIVAS EM  
ADOLESCENTES ESCOLARES E TRANSTORNO DO DÉFICIT DE  
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE, USANDO O QUESTIONÁRIO DE  
DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)**

Salvador  
2017

**DAGOBERTO BONAVIDES DE OLIVEIRA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTORÇÕES COGNITIVAS EM  
ADOLESCENTES ESCOLARES E TRANSTORNO DO DÉFICIT DE  
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE, USANDO O QUESTIONÁRIO DE  
DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador  
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

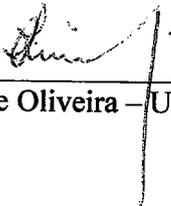
DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO

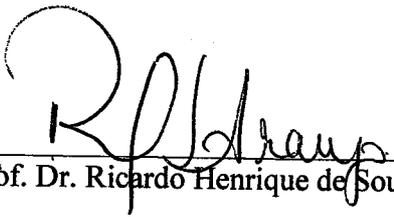
DAGOBERTO BONAVIDES DE OLIVEIRA

**Uso do CD-QUEST para Verificar a frequência das Distorções Cognitivas em Adolescentes  
escolares e associação com TDAH**

**Salvador, Bahia, 20 de dezembro de 2017**

COMISSÃO EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira – Universidade Federal da Bahia

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Ricardo Henrique de Sousa Araújo – Universidade de Medicina Nova Esperança

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Garcia Lima – Universidade Federal da Bahia

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Ilustríssimo Professor Doutor Irismar Reis de Oliveira pela oportunidade que me foi concedida de participar como aluno regular do curso de Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, o que vem contribuindo significativamente para o meu crescimento profissional, não só na área acadêmica como também na aplicação de todo o conhecimento adquirido no atendimento em consultório.

Aos colegas do curso de pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da UFBA, pela boa convivência e compartilhamento dos saberes.

Aos docentes desse curso de pós-graduação e aos funcionários que apoiam e se dedicam com carinho e esforço para o bom andamento deste curso.

A meu filho e esposa pelo apoio e solidariedade nos momentos de trabalho árduo.

## RESUMO

**Introdução:** Com eficiência atestada na redução de sintomas e taxas de recorrência de pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)<sup>3,4,5,6,7</sup>, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) focaliza na identificação e tratamento das distorções cognitivas, que são resultados do modo como pessoas com estresse apresentam frequentemente pensamentos negativos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. Seguindo tais pressupostos da TCC, a Terapia Cognitiva Processual (TCP) desenvolveu o Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest), ferramenta que elenca e facilita a descastrofização dessas distorções. **Objetivo:** Medir a frequência relativa das distorções cognitivas em escolares entre 10 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, cursando até o 9º ano de uma escola pública da cidade de Salvador (BA), através da aplicação do Questionário de Distorções Cognitivas para Adolescentes (CD-Quest-Teen), e verificar associação com o TDAH. **Método:** Com a aplicação do CD-Quest-Teen, versão do questionário adaptada para adolescentes, o estudo de frequência empregou o modelo de regressão de Poisson. A amostra foi composta por estudantes de escola pública, com idades entre 10 e 17 anos. **Resultados:** Foi verificada uma frequência na ordem de 45% no público que apresentou TDAH, entretanto esse resultado não foi estatisticamente significativo, quando aplicado ao modelo global. Entretanto, quando estratificado pela variável sexo, o resultado foi estatisticamente significativo, apresentando uma razão de prevalência de 45%, com intervalo de confiança entre 0,28-0,72. Com relação aos resultados por distorção cognitiva, verificou-se mais uma vez uma significância estatística de 4,75 para a razão de frequência para a variável sexo, com intervalo de confiança entre 1,56-14,5. Apontando o gênero feminino como mais exposto. **Conclusão:** Os resultados encontrados neste estudo revelam a não associação do TDAH para a presença de distorções cognitivas. Por outro lado, apontam a frequência das distorções cognitivas com altas taxas para o sexo feminino. Este estudo contribui com informações relevantes para ajustes em tratamentos do gênero feminino quando da presença de TDAH, além de abrir possibilidades para pesquisas futuras sobre os fatores de associação para o sexo feminino.

**Palavras chave:** Cognição. TDAH. Prevalência. Frequência.

## ABSTRACT

**Introduction:** With attested efficiency in reducing symptoms and occurrence rate in patients with Disorder Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)<sup>3,4,5,6,7</sup>, a Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) focuses on the identification and treatment of cognitive distortions, which are the result of the way people with stress frequently present negative thoughts on themselves, on other people and on the world. Following those CBT assumptions, the Cognitive Processual Therapy (CPT) developed the Cognitive Distortion Questionnaire (CD-Quest), a tool that lists and facilitates the unwinding of those distortions. **Objective:** To measure the relative frequency of the cognitive distortions in school teenagers aged 10 to 19, of both sexes, coursing till the 9th degree of a public school in the city of Salvador (Bahia), through the application of the Cognitive Distortion Questionnaire for Adolescents (CD-Quest-Teen), and to verify the association with ADHD. **Method:** With the application of the CD-Quest-Teen, version of the questionnaire adapted to teenagers, the frequency study applied the Poisson regression model. The sample was composed by public school students aged 10 to 17. **Results:** A frequency in the order of 45% was verified in the public that presented ADHD, but this result was not statistically significant when applied to the global model. However, when stratified by the variable gender the result was statistically significant, showing a prevalence ratio of 45% with a reliability interval between 0,28-0,72. In relation with the results by cognitive distortion it was once more verified a statistical significance of 4,75 for the frequency ratio for the variable gender, with a reliability interval between 1,56-14,5. Indicating the female gender as more exposed. **Conclusion:** The results found in this study reveal the non-association of ADHD for the presence of cognitive disorders. On the other hand, it points to the frequency of cognitive distortions with high rates for the female gender. This study contributed relevant information to adjustments in the treatment of the female gender when in presence of ADHD, apart from opening possibilities for future research on association factors for the female gender.

**Keywords:** Cognition. ADHD. Prevalence. Frequency.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCP	Terapia Cognitivo Processual
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
CD-Quest	Questionário de Distorções Cognitivas
CD-Quest-T	Questionário de Distorções Cognitivas Teen
CBCL	Children Behaviour Checklist
TOD	Transtorno Opositor Desafiador
DDA	Distúrbio do Déficit de Atenção
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças
ADHD	Attention-Deficit Hiperactivity Disorder
ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
FE	Funções Executivas
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
ATQ	Questionário de Pensamentos Automático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TA	Termo de Assentimento

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo cognitivo	25
Figura 2	Níveis de cognição	26
Figura 3	CD-Quest	29

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Registro de pensamento disfuncional	25
Quadro 2	Lista de distorções cognitivas do CD-Quest	28
Quadro 3	Lista das distorções cognitivas do CD-Quest-T	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pontuação derivada da interseção entre frequência e intensidade do CD-Quest	37
Tabela 2	Distribuição dos alunos com sintomas de TDAH	39
Tabela 3	Distribuição dos alunos com sintomas de TDAH e por sexo	39
Tabela 4	Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T	41
Tabela 5	Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T	42
Tabela 6	Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva conclusões precipitadas com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T	43

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Critérios diagnósticos segundo o DSM-5 para TDAH	53
ANEXO B	Parecer de aprovação do projeto de pesquisa	55

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Associação entre idade dos alunos e sintomas de TDAH	63
APÊNDICE B	Associação entre série escolar e sintomas de TDAH	64
APÊNDICE C	Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T	65
APÊNDICE D	Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T	72

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
2.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) .....	15
2.1.1 <i>Contexto Histórico do TDAH</i> .....	15
2.1.2 <i>Epidemiologia</i> .....	17
2.1.3 <i>Etiologia</i> .....	18
2.1.4 <i>Diagnóstico</i> .....	19
2.2 TRATAMENTO DO TDAH .....	20
2.2.1 <i>Principais Tratamentos</i> .....	20
2.2.2 <i>Atenção, Funções Executivas (FE) e Pensamentos Disfuncionais (Distorções cognitivas)</i> .....	21
2.2.3 <i>Terapias Cognitivas</i> .....	25
2.2.3.1 <i>TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)</i> .....	25
2.2.3.2 <i>Terapia Cognitiva Processual (TCP)</i> .....	27
2.3 <i>QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)</i> .....	28
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>31</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
4.1 <i>OBJETIVO GERAL</i> .....	32
4.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> .....	32
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>33</b>
5.1 <i>PARTICIPANTES</i> .....	33
5.2 <i>COLETA DE DADOS</i> .....	33
5.2.1 <i>Amostra Clínica</i> .....	33
5.3 <i>INSTRUMENTOS</i> .....	33
5.4 <i>PROCEDIMENTO</i> .....	35
5.5 <i>ANÁLISE DOS DADOS</i> .....	37
5.6 <i>ASPECTOS ÉTICOS</i> .....	38
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
6.1 <i>CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO</i> .....	39
6.2 <i>RAZÃO DE FREQUÊNCIA GLOBAL DAS DISTORÇÕES COGNITIVAS E ASSOCIAÇÃO COM TDAH, AJUSTADO POR SEXO</i> .....	40

6.3 RAZÃO DE FREQUÊNCIA POR DISTORÇÃO COGNITIVA E ASSOCIAÇÃO COM TDAH, AJUSTADO POR SEXO .....	42
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>8 CONCLUSÕES .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Toda a nossa vida, enquanto tiver uma forma definida, é uma massa de hábitos.*

William James

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem de psicoterapia que tem se mostrado efetiva no tratamento de grande parte dos transtornos psiquiátricos, tanto clínico quanto de personalidade<sup>1,2,3</sup>. Quando colocada em prática, seus resultados apontam para uma redução de sintomas e taxas de recorrência, até mesmo em tratamentos sem o auxílio de medicação, o que ressalta sua eficácia. Dentre as psicopatologias em que se verifica resposta positiva à abordagem da TCC, destaca-se o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), com proveito no acompanhamento de adultos, crianças e adolescentes<sup>3,4,5,6,7</sup>.

A TCC surgiu na década de 1960 através das pesquisas do médico psiquiatra Aaron Beck com pacientes depressivos. Em sua investigação, Beck verificou que os sujeitos de pesquisa apresentavam pensamentos negativos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. Eram pensamentos persistentes e irrealistas, responsáveis por causar sofrimento e afastamento social. A partir da observação desses pacientes, foi possível postular, no contexto da TCC, que essas elaborações mentais acontecem de modo automático, causando, dessa forma, uma interpretação distorcida da realidade. Tais modos de pensar, por sua vez, são influenciados pelas crenças, que também são, em sua maior parte, inconscientes. Esse encadeamento de processos irrefletidos alteram a maneira como o indivíduo lida com as suas emoções e como, conseqüentemente, se comporta<sup>1,8</sup>.

Estamos diante de distorções cognitivas que são normalmente sistemáticas e, constantemente, estão associadas à pensamentos como “não sou amado”, “não sou valorizado” ou “não sou cuidado”. Os efeitos desse conjunto de ideias se mostram cíclicos, uma vez que terão influência direta nas emoções, gerando sofrimento. Mais à frente, tais emoções vão reforçar as distorções cognitivas que, por sua vez, ampliarão o sofrimento emocional<sup>1,8</sup>.

Com os objetivos de aprofundar o entendimento destes mecanismos e contribuir com os estudos que vêm sendo desenvolvidos pela TCC, a Terapia Cognitiva Processual (TCP) elaborou uma ferramenta para que os pacientes possam

identificar os pensamentos disfuncionais. Trata-se do Questionário de Distorções Cognitivas (CD-Quest), que segue os princípios da TCC.

Com a identificação dos chamados pensamentos disfuncionais (distorções cognitivas), o terapeuta tem a possibilidade de utilizar diversos instrumentos para ensinar o paciente a avaliar e responder sobre o seu pensar de forma adaptativa. Tal processo de identificação se constitui como um dos princípios fundamentais dentro do trabalho das terapias com abordagem cognitivo-comportamental<sup>1,2,8</sup>.

No Brasil, existe uma carência dessas ferramentas que avaliem os sintomas do TDAH. Além disso, até o momento, não encontramos nenhum questionário que identifique especificamente a prevalência das distorções cognitivas em pacientes com TDAH. O que há são escalas e instrumentos que auxiliam no processo de diagnóstico clínico, a exemplo do SNAP-IV e do CBCL .

Para identificar os pensamentos disfuncionais, a TCP propõe a utilização do CD-Quest, que avalia as distorções cognitivas em função do estado emocional do paciente e de seus comportamentos desadaptativos. Assim, o CD-Quest é um questionário para registro de distorções cognitivas que não só é validado<sup>9</sup>, como também tem demonstrado consistência interna adequada na identificação das distorções<sup>10,11,12</sup>.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

*Cada um de nós escolhe literalmente, pela forma como decide dirigir a sua atenção, o tipo de universo que nos aparecerá à frente para que nele habitemos.*

William James

### 2.1 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

#### 2.1.1 Contexto Histórico do TDAH

As primeiras referências a indivíduos com problemas de desatenção, hiperatividade e baixo controle ao impulso datam de 1613, através de uma das obras de William Shakespeare. A sua peça *King Henry VIII* traça a história do rei da Inglaterra Henry VIII e faz referência a seu comportamento desatento<sup>13,14</sup>. No entanto, a primeira vez que algo é escrito na literatura médica a respeito do assunto foi em um livro de autoria de Melchior Adam Weikard, em 1775. O autor descreve, no capítulo dedicado ao problema de atenção, sintomas semelhantes aos que são descritos atualmente para o TDAH<sup>15</sup> (distração, fraca persistência, ações impulsivas e desatenção em geral).

Em 1798, o médico escocês Alexander Crichton detalha os sintomas daquilo que primeiro foi apontado por Weikard e consegue destacar, com suas observações, um novo aspecto sobre o tema: o poder de focar a atenção. Já por volta de 1845, é lançado um livro escrito por Heinrich Hoffman (*Der Struwwelpeter* – O menino desleixado), que aborda, através de histórias rimadas em versos, situações com crianças com dificuldades de impulsos, atenção e hiperatividade<sup>16,17,18</sup>.

Mas é somente em 1902 que o TDAH passa a ser abordado no meio científico com maior seriedade, através das pesquisas do médico George Still, que faz apresentações frente à *Royal Academy of Physicians*. Médico pediatra inglês e professor de doenças infantis no *King's College Hospital*<sup>19,20</sup>, Still observou em um grupo de crianças na sua clínica uma série de comportamentos descritos como agressivos, exacerbados, desatentos, impulsivos, hiperativos, sem regras e também desafiadores, características que atualmente são diagnosticadas como TDAH e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). O pesquisador inicialmente diagnosticou esses pacientes com o déficit da inibição volitiva, por apresentarem, em função dos

seus comportamentos, um defeito do controle motor. Esta última característica levou Still a pensar que eles teriam um defeito no controle da moral, porém que sua origem teria como base um aspecto biológico herdado ou adquirido<sup>17,19,21</sup>.

O número de estudos posteriores sobre crianças com essas mesmas características cresceu por volta de 1917-1918, principalmente na América do Norte. Os resultados apontavam para problemas relacionados a aspectos puramente neurológicos/lesões cerebrais<sup>22</sup>. Essa mesma visão, de que traumas cerebrais geravam desatenção, inquietação e impaciência, perdurou durante a década de 1930 e por todo o período da Segunda Guerra Mundial. O transtorno foi, então, denominado de Lesão Cerebral Mínima, tendo como explicação aspectos relacionados a uma lesão do Sistema Nervoso Central, devido ao fato de que os sintomas se assemelhavam bastante aos causados por infecções ou dano cerebral. Essa constatação foi reforçada pelo fato dos primeiros tratamentos feitos com o uso de estimulantes apresentarem algum nível de alívio aos pacientes que revelam os sintomas acima descritos<sup>22,23,24</sup>.

Entretanto, por volta de 1960, estudos apresentados pela psiquiatra da infância Stella Chess contestaram essa relação e houve recusa do TDAH como sendo o resultado de algum tipo de lesão cerebral. O TDAH passa, a partir daí, a ser descrito como sendo um comportamento específico da hiperatividade e do fraco controle dos impulsos, afastando-se das causalidades que eram atribuídas, anteriormente, pela etiologia - trauma no parto, trauma de crânio, exposição a toxinas, infecções, além de fatores que gerariam alguma lesão cerebral e, conseqüentemente, poderiam estar associados à deficiência intelectual. O termo hiperatividade, então, passa a ser usado por Chess, no contexto dos seus estudos, para dissociar este transtorno do conjunto de patologias relacionadas a dano cerebral orgânico<sup>25,26</sup>.

Seguindo essa linha de pensamento, e diante das dificuldades de correlação dos sintomas com algum dano cerebral, a Disfunção Cerebral Mínima passa a ser explicada como sendo o resultado de disfunções que acontecem em vias nervosas<sup>22,24,27</sup>. Com essa nova visão sobre o transtorno, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), na sua versão II de 1968, passa a incluir os distúrbios comportamentais da infância e adolescência como sendo um Transtorno da Reação Hiperkinética. Ou seja, excesso nos níveis de atividade motora. Porém, em sua versão III, a *American Psychiatric Association (APA)*<sup>28,19</sup>

altera a nomenclatura para Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), com ou sem hiperatividade. Com isso, foi dado destaque à atenção, apesar da ênfase ser na hiperatividade, que somente na versão III-R volta a fazer parte da nomenclatura, passando a ser chamada de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Já a Classificação Internacional de Doenças, CID-10<sup>29</sup>, manteve a nomenclatura do DSM-II de Transtornos Hiperkinéticos<sup>19,22</sup>.

Com o avanço das pesquisas, em 1994, a *American Psychiatric Association* apresenta, na sua versão IV, aspectos cognitivos relacionados com o déficit de atenção, destacando a falta de autocontrole ou impulsividade, passando o transtorno a ser formado por uma tríade sintomatológica composta por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Dentro desta perspectiva, a sua denominação é novamente alterada, passando para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*). Já na versão brasileira, a nomenclatura é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade<sup>22,24,26</sup>.

Nos Estados Unidos da América, o TDAH foi reconhecido oficialmente em 2004, mediante a publicação da Resolução 370<sup>30</sup>, apesar do mesmo já constar como transtorno psiquiátrico desde 1994, ano da publicação do DSM-IV (APA)<sup>31</sup>. Quando do lançamento da resolução<sup>30</sup>, estimava-se que o TDAH abrangeria de 3% a 7% das crianças e adolescentes nos EUA em idade escolar. Entretanto, havia uma grande discussão sobre a validade do seu diagnóstico, o que levou a um número considerável de pesquisas nesta área<sup>20</sup>. Um desses estudos foi desenvolvido por Barkley (*apud*)<sup>20</sup>, para quem o TDAH se constitui como uma disfunção neuropsiquiátrica que está ligada diretamente ao desenvolvimento das funções executivas superiores e, dentro desta perspectiva, influencia a capacidade de autocontrole, planejamento e execução de ações baseadas em objetivos futuros.

### 2.1.2 Epidemiologia

Estudos têm demonstrado a prevalência do TDAH em 3% a 6% das crianças na idade escolar<sup>17,18,21,32,33</sup>. Outros, segmentados por regiões, apontam uma prevalência entre 3% a 7% em crianças norteamericanas e brasileiras, também em idade escolar<sup>22,34,35</sup>, mas há casos que apresentam taxa que chega a até 12% dessa população<sup>21,36,37</sup>.

Segundo Kieling<sup>38</sup>, o recorte de gênero aponta para uma prevaência no sexo masculino, com maior frequência nos estudos realizados em população clínica. A respeito da proporcionalidade sobre a prevalência deste transtorno, estudos epidemiológicos feitos em pessoas na faixa etária entre 7 a 14 anos de idade apresentam resultados, indicando a proporção de 9:1 de meninos para meninas (M:F), em amostras clínicas, e de 3:1 para a população em geral. Inclusive, essa proporção de 3:1, referindo-se à prevalência do sexo masculino, foi encontrada por Still em seus estudos realizados com crianças<sup>22,39,40,41,42,43</sup>.

### 2.1.3 Etiologia

O TDAH é compreendido como um problema multifatorial, resultante da combinação entre fatores genéticos, biológicos, ambientais e sociais. Os prejuízos mais comuns do transtorno são o baixo desempenho escolar, a dificuldade de adaptação aos ambientes e nas relações interpessoais<sup>21,27,38,41,45,46,47,48</sup>. Seus sintomas, inclusive, se manifestam de forma isolada até mesmo em indivíduos sem a patologia<sup>18,22,44</sup>. Tendo em vista esta condição, o que irá definir a presença do TDAH será a intensidade em que esses sintomas persistem na vida de cada indivíduo e quais danos podem lhe causar. O diagnóstico leva em conta, ainda, se há comprometimento de pelo menos duas áreas da vida (por exemplo, casa, escola, trabalho)<sup>18,49</sup>.

Dentre as combinações de fatores resultantes para o TDAH, um fator que tem ganhado atenção dos pesquisadores diz respeito às alterações nos substratos neurais que regulam as funções executivas. Estas envolvem componentes como memória operacional, planejamento, solução de problemas, tomada de decisão, controle inibitório, fluência, flexibilidade cognitiva e categorização.

Pessoas que apresentam alteração nas funções executivas normalmente apresentam dificuldades no processo de tomada de decisão, em solucionar problemas, no controle dos impulsos, além de serem distraídas. Conseqüentemente, tais atribuições são responsáveis por todo um conjunto de habilidades mentais que permitem aos indivíduos obterem resultados eficientes na resolução de problemas, adotando estratégias eficientes para o alcance de suas metas. Em resumo, as funções executivas permitem que o indivíduo desempenhe suas atividades do dia a dia de forma planejada, organizada e orientada.

Além dos problemas associados às funções executivas, existem outros relacionados às questões bioquímicas. Estudos recentes revelam a existência de um desequilíbrio entre determinados neurotransmissores dopaminérgicos, a adrenalina e a noradrenalina, responsáveis pela comunicação entre os neurônios. A consequência dessa assimetria influencia, de acordo com essas pesquisas, nos processos das funções executivas superiores<sup>18,21,22,50</sup>.

#### 2.1.4 Diagnóstico

A qualificação do TDAH é fundamentalmente clínica, apoiada por exames neurológicos, sendo um dos diagnósticos mais presentes na infância, de acordo com Wilson<sup>51</sup>. Os critérios para sua classificação atendem aos estabelecidos pelo DSM, da Associação Americana de Psiquiatria, e do CID-10, da Organização Mundial da Saúde<sup>18,19,21,22,29,31,37,52,53</sup>. A principal característica do paciente que apresenta o TDAH é a dificuldade de prestar atenção tanto aos chamados estímulos internos quanto externos. São as dificuldades na filtragem das ações irrelevantes para as tarefas que se constituem o principal prejuízo aos portadores de TDAH. Deste modo, a atenção global diminuída demonstra ser um aspecto primário e central destes sujeitos<sup>53,54</sup>. Vale ressaltar que tais dificuldades ficam ainda mais evidentes quando a atenção tem que ser dada para impulsos que não são frequentes.

Existem três características principais nos portadores de TDAH: desatenção; impulsividade e hiperatividade. A partir dessas categorias, são apresentados três subtipos de pacientes: 1) predominantemente hiperativo/impulsivo, 2) predominantemente desatento e 3) forma combinada<sup>18,21,33</sup>. No DSM-IV, a Associação Americana de Psiquiatria definia o TDAH como um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, que causasse prejuízo em pelo menos dois contextos sociais, como casa, escola, trabalho, etc<sup>49</sup>. No DSM-5, as mudanças ocorreram para diagnóstico em crianças com quadro de autismo e critério de idade, de 7 para 12 anos. A outra novidade é sobre remissão parcial do TDAH para casos diagnosticados com antecedência, porém, com menor quantidade de sintomas, além de poder classificar agora em leve, moderado ou grave. Vejamos qual a definição do TDAH na visão do DSM-5<sup>55</sup>:

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar - sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. Na infância, o TDAH frequentemente se sobrepõe a transtornos em geral considerados "de externalização", tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta. O TDAH costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional.

Critérios diagnósticos segundo o DSM-5<sup>55</sup> se encontram no Anexo A deste trabalho.

Características diagnósticas segundo o DSM-5<sup>55</sup>:

O TDAH começa na infância. A exigência de que vários sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade exprime a importância de uma apresentação clínica substancial durante a infância. Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho).

## 2.2 TRATAMENTO DO TDAH

### 2.2.1 Principais Tratamentos

Os principais tratamentos para o TDAH consistem em intervenções farmacológicas, psicoterápicas e psicossociais. Quanto a esta última, vale destacar que deve contar com a colaboração de diversos agentes do seu convívio social, a exemplo de pai e mãe, familiares de um modo geral, professores, equipe multidisciplinar na área de saúde e da própria criança ou adolescente. Atualmente existe uma variação no tratamento do TDAH, podendo ser de forma individualizada ou combinada, ou seja, mediante o tratamento farmacológico, da psicoterapia Cognitivo-comportamental ou de forma combinada entre os fármacos, psicoterapia e abordagem psicossocial. Defendemos que a forma combinada tem se mostrado a mais adequada<sup>19,22,37</sup>.

O tratamento farmacológico, principalmente os que utilizam substâncias psicoestimulantes, como o metilfenidato e a pemolina, tem se mostrado útil no acompanhamento de pacientes com TDAH. A utilização desse tipo de droga ajuda

na normalização dos sintomas clássicos do transtorno, como os motores, impulsividade e desatenção, podendo melhorar também as interações sociais<sup>21,22,37</sup>.

No Brasil, os psicoestimulantes comercializados mais utilizados são o metilfenidato e a lisdexanfetamina, que têm sido receitados em períodos de atividades escolares e suspensos aos finais de semana e durante o período de férias por alguns prescritores. Esta interrupção visa a amenizar os efeitos colaterais de longo e curto prazo. Entre os efeitos de curto prazo mais frequentes, observa-se a redução de apetite, anorexia, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaleia e dores abdominais. O metilfenidato normalmente é indicado para uso diário semanal, sendo administrado uma ou mais vezes ao dia, de acordo com sua forma de liberação<sup>22,37</sup>.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), a psicoterapia Cognitivo-comportamental é a indicada para o tratamento do TDAH, afirmando ainda que, até o momento, não existe evidência de outra modalidade de psicoterapia que tenha demonstrado algum auxílio no tratamento<sup>56</sup>. O acompanhamento psicoterápico também contribui para o tratamento psicossocial, na medida em que ajuda na orientação dos pais e professores por meio da psicoeducação sobre o TDAH, sendo esta uma etapa fundamental das terapias comportamental e ou cognitivas<sup>22</sup>.

Um dos principais pressupostos da TCC é que pensamentos disfuncionais podem ocasionar problemas psiquiátricos e ou psicológicos. Sendo assim, a TCC apoia-se na compreensão de que o TDAH faz parte de um quadro de deficiência de estratégias cognitivas, também conhecida como disfunção executiva. Para ajudar na melhora das disfunções cognitivas em quadros do TDAH e outras patologias, a TCC faz o uso de um leque de estratégias no seu modelo de tratamento, mas aqui destacamos o registro de pensamentos disfuncionais, visto ser o principal tema de interesse desta pesquisa.

### *2.2.2 Atenção, Funções Executivas (FE) e Pensamentos Disfuncionais (Distorções cognitivas)*

*As coisas a que decidimos dar atenção na nossa mente – negativas ou positivas – em última análise, tornam-se na forma como criamos a história da nossa vida.*

William James

Em 1937, Cuvillier (*apud*)<sup>54</sup> escreveu que “a atenção pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto”<sup>54</sup>. A partir disso, podemos formular que a atenção é constituída pela capacidade psicológica que o ser humano tem de conseguir selecionar, filtrar e organizar de forma controlada e significativa as informações captadas no meio ambiente circundante. Trata-se de um objeto estudado por uma ampla área da saúde - a exemplo da psicologia, biologia e neurociências - e que ocupa um papel central nos processos perceptivos e cognitivos de forma geral<sup>54,57</sup>.

A atenção exerce uma função crucial para que o sujeito interaja com o ambiente de forma eficaz, subsidiando na organização das funções executivas superiores, visto que estas, por sua vez, são importantes para o bom funcionamento do processo do controle inibitório, na solução de problemas, na tomada de decisões, etc<sup>18,21</sup>. Por essa descrição, encontramos a atuação da atenção na manutenção da qualidade de vida cotidiana dos sujeitos, através do aprendizado, do planejamento e da organização de atividades e tarefas diárias<sup>21</sup>. É por meio da atenção que o indivíduo pode selecionar de forma eficiente a direção para seus estímulos, melhorando, conseqüentemente, sua cognição e seus comportamentos.

A concentração da atividade mental pode ser categorizada em duas, com relação à sua direção. A psicologia e a psicopatologia descrevem como sendo as duas formas básicas da atenção a externa e a interna. A primeira delas diz respeito ao mundo fora do corpo do sujeito. Já na interna, a atenção se volta para os processos mentais individuais intrínsecos<sup>54</sup>.

A principal anormalidade da atenção diz respeito à sua minoração. Associada à essa diminuição global da atenção, surge a perda básica da concentração e, conseqüentemente, dos demais processos psicológicos, como o pensamento, o raciocínio e a compreensão, que também ficam prejudicados<sup>54</sup>. Estudos na área de neurobiologia apontam que alterações da área no cérebro conhecida como região pré-frontal, responsável pelas funções executivas superiores e, por sua vez, ligada diretamente com a atenção, podem apresentar correspondência com o TDAH<sup>21</sup>.

Alves<sup>21</sup> cita que o termo função executiva baseia-se em modelos da Psicologia Cognitiva. Tais composições levam em conta um conjunto de habilidades divididas em quatro classes:

(a) *volição*: habilidade de estabelecer objetivos, formulação intencional, motivação e consciência de si e do ambiente; (b) *planejamento*: habilidade de prever ações e consequências na tomada de decisão, de estabelecer prioridades e de controlar impulsos; (c) *ação intencional*: proposição de objetivos e planejamento, resultando em uma ação aplicável que envolve um conjunto de ideias organizadas para que se estabeleça início, manutenção, modificação de uma tarefa; (d) *desempenho efetivo*: habilidade de automonitoramento, autodireção e autorregulação da intensidade, ritmo e de outras características qualitativas de um comportamento<sup>21</sup>.

As habilidades cognitivas municiam o sujeito no sentido de melhorar suas estratégias para as interações sociais, a partir do momento que suas interpretações simbólicas a respeito de seu contato com o mundo aconteçam de forma produtiva e coerente com a realidade. A forma como essas interpretações acontecem, na medida em que problemas cotidianos surgem, faz com que o sujeito melhore suas habilidades para resolução de problemas e tomadas de decisões adaptativas, refletindo positivamente em sua qualidade de vida<sup>58</sup>.

As habilidades cognitivas se desenvolvem por meio dos processos de aprendizagem. Tais processos resultam da comunicação nas relações sociais por meio das experiências vividas, que, por intermédio das interações sociais, influenciam a história de vida do sujeito, provocando mudanças relativamente permanentes nos seus conhecimentos e vindo a influenciar em seus pensamentos e comportamentos<sup>58</sup>.

Entretanto, Primi<sup>59</sup> argumenta que habilidade não significa necessariamente competência. Para que as habilidades se transformem em competência é necessário facilidade em lidar com as informações de forma que as experiências se consolidem como aprendizagem. Para isso é necessário investimento, até que tal competência se desenvolva. Mesmo assim, duas pessoas podem ter habilidades compatíveis, porém com competências distintas, dependendo do investimento de tempo despendido para cada habilidade. Primi<sup>59</sup>, então, conclui que existem pelo menos três fatores para o desenvolvimento das competências: habilidade, montante de investimento e qualidade das experiências de aprendizagem.

A psicologia cognitiva postula que os indivíduos cometem pensamentos automáticos disfuncionais, também conhecido como distorções cognitivas, quando esses fatores acima descritos não são bem desenvolvidos pelo sujeito do processo, fazendo com que frequentemente apresentem pensamentos que gerem interpretações errôneas sobre situações neutras e até mesmo positivas.

Assim, as distorções cognitivas são interpretações imediatas das situações baseadas em pensamentos automáticos disfuncionais, ou seja, fora da realidade imediata. Knapp<sup>60</sup> explica que as interpretações errôneas das situações cotidianas são resultados de pensamentos que se situam nas fronteiras da consciência e que ocorrem de forma rápida e espontânea. Esses pensamentos ligeiros que geram as interpretações imediatas de qualquer situação, errôneas ou corretas, são chamados de pensamentos automáticos. Ainda de acordo com Knapp<sup>60</sup>, os pensamentos automáticos errôneos que se tornem disfuncionais, por sua vez, são diferentes dos pensamentos que ocorrem dentro de um fluxo de raciocínio reflexivo, estes com caráter voluntário.

Knapp<sup>60</sup> segue explicando que, de um modo geral, as pessoas não são treinadas para perceber de forma imediata os pensamentos. Por esse motivo, diz-se que a maioria dos pensamentos é automático. Para que se possa perceber os pensamentos, fazendo com que deixem de ser automáticos, se faz necessário um treinamento para monitorá-los e identificá-los.

A Terapia Cognitiva baseia-se na ideia que pessoas com estresse apresentam frequentemente pensamentos negativos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, e que tais formulações mentais estariam distorcidas e/ou disfuncionais. Por sua vez, tais pensamentos negativos disfuncionais geram alterações no humor, no comportamento e também na resposta fisiológica (Figura 1). Dentro desta perspectiva, a Terapia Cognitiva desenvolveu seu tratamento com base em sessões estruturadas e direcionadas para ensinar o paciente a monitorar e identificar seus pensamentos automáticos (Quadro 1). Para isto, a TC conduz o indivíduo a colocar para si uma avaliação e validação da utilidade de seus pensamentos negativos e aponta caminhos para que ele responda a estes pensamentos de forma realista. O resultado desse treinamento é a melhoria do quadro emocional e psicologicamente e o desenvolvimento da capacidade de comportar-se de forma funcional<sup>1,60</sup>.

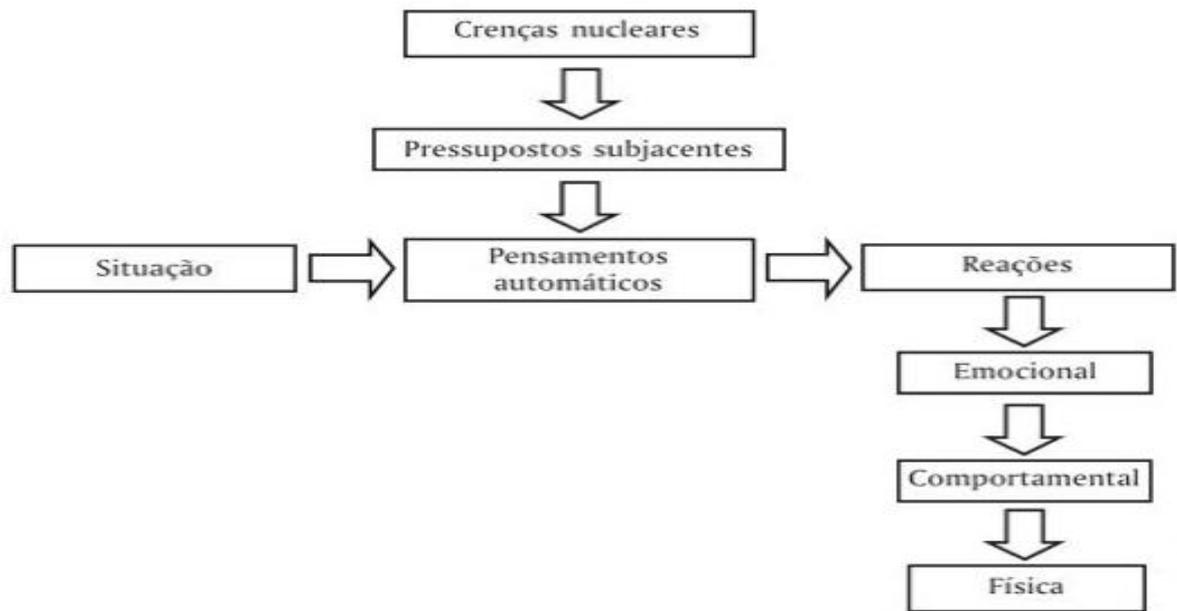


Figura 1. Modelo cognitivo.  
Fonte: Knapp<sup>60</sup>

Situação	Pensamento automático	Sentimento(emoção)	Comportamento/reação fisiológica
O que está acontecendo neste momento.	O que passa pela minha cabeça agora?	Qual emoção percebo sentir neste momento.	Qual meu comportamento em função do acontecimento, pensamento automático e emoção sentida. O que sinto no meu corpo em resposta ao acontecimento, pensamento automático e emoção.

Quadro 1. Registro de pensamento disfuncional.  
Fonte: Beck<sup>1</sup>, Knapp<sup>3</sup>

### 2.2.3 Terapias Cognitivas

#### 2.2.3.1 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Como detalhamos acima, a Terapia Cognitiva parte do pressuposto que pessoas com estresse têm, de modo frequente, pensamentos negativos sobre si,

sobre os outros e sobre o mundo, apresentando desta forma pensamentos distorcidos e/ou disfuncionais. Nas raízes das interpretações automáticas distorcidas estão cognições disfuncionais mais profundas, chamadas de crenças nucleares (esquemas). As crenças nucleares, por sua vez, são classificadas em três grandes grupos: de desamparo; de desamor e de desvalor<sup>1,60</sup>. Estes esquemas são estruturas cognitivas internas, de aspecto duradouro e que, além de favorecerem na construção de novas crenças (crenças intermediárias), determinam em grande parte como os fenômenos são percebidos e interpretados pelo sujeito. A forma como são interpretados os fenômenos faz com que o sujeito desenvolva estratégias de comportamentos e cognições (pressupostos e regras) que sustentam e justificam as situações cotidianas. Estas estratégias são nomeadas pela TCC como pressupostos subjacentes. Apresentamos esses três níveis de cognição na Figura 2.

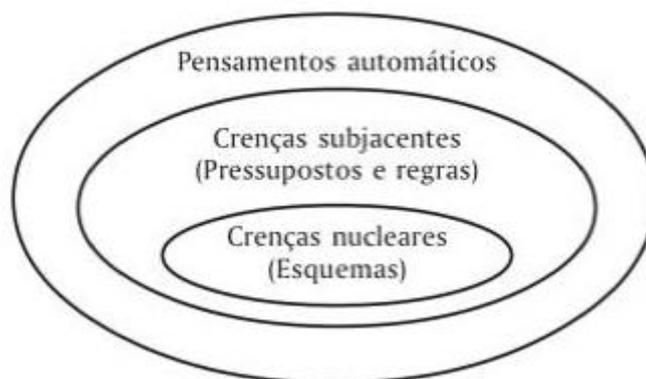


Figura 2. Níveis de cognição.  
Fonte: Knapp<sup>3</sup>

Embora neste trabalho tenhamos detalhado, seguindo nossos objetivos, um dos aspectos, a TCC compreende as cognições em três níveis: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias (pressupostos subjacentes) e as crenças nucleares. É importante ressaltar que esses três níveis de cognição ocorrem e interagem normalmente, porém, a TCC objetiva trabalhar as cognições disfuncionais<sup>60</sup>.

Para que o sujeito possa avaliar os pensamentos automáticos disfuncionais de forma a identificar as distorções cognitivas, a TCC se utiliza basicamente de duas abordagens: 1) descoberta guiada, na qual o terapeuta fará perguntas com a intenção de fazer com que o paciente, ao relatar seus problemas, possa se distanciar e avaliar a utilidade ou validade dos fatos descritos de forma a ajudá-lo a

descatastrofizar os medos; e 2) criação de experimentos comportamentais sempre que viáveis para testar as previsões do paciente<sup>1</sup>.

Em relação à primeira abordagem, vale detalhar que nela se encaixam perguntas como: “quais as evidências de que o seu pensamento é verdade?; quais as evidências em contrário?”; “qual seria uma forma alternativa de encarar esta situação?”. Estes questionamentos ajudam o paciente a desconstruir ideias disfuncionais e criar um plano funcional. A TCC desenvolveu uma relação das distorções cognitivas que ocorrem mais comumente. A lista das distorções foi sendo adaptada e modificadas no decorrer do tempo em função das observações feitas por diversos autores<sup>60</sup>.

#### 2.2.3.2 Terapia Cognitiva Processual (TCP)

Da mesma forma que a TCC, a TCP também tem por objetivo identificar as distorções cognitivas para descatastrofizar os medos (Quadro 2). Porém, a TCP desenvolveu um questionário para que o paciente avalie seus pensamentos e aponte diferentes tipos de distorções. De forma prática, o paciente consegue, por intermédio do questionário, elencar facilmente quais distorções costuma apresentar. A identificação das distorções é primordial para trabalhar as mudanças cognitivas e comportamentais do paciente. A TCP indica também a criação, em conjunto com o paciente, de experimentos comportamentais para testar as previsões do paciente, sempre que viável<sup>8</sup>.

Distorções Cognitivas do CD-Quest: Definições e Exemplos ("O que acaba de passar por minha cabeça?")		
Distorção cognitiva	Definição	Exemplos
1 Pensamento dicotômico (também chamado tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado)	Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "uma coisa ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.	"Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta" <b>Meu exemplo:</b>
2 Previsão do futuro (também denominada catastrofização)	Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.	"Vou fracassar e isso será insuportável." "Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame." <b>Meu exemplo:</b>
3 Desqualificação dos aspectos positivos	Desqualifico e descontro as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.	"Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte." "Entrar para a universidade não foi grande coisa, qualquer um consegue." <b>Meu exemplo:</b>
4 Raciocínio emocional	Acredito que minhas emoções refletem o que as coisas realmente são e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.	"Sinto que ela me ama, então deve ser verdade." "Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso." "Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele." <b>Meu exemplo:</b>
5 Rotulação	Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.	"Sou um fracassado." "Ele é uma pessoa estragada." "Ela é uma completa imbecil." <b>Meu exemplo:</b>
6 Ampliação/minimização	Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.	"Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim." "Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil." <b>Meu exemplo:</b>
7 Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel)	Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.	"Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido" (não considerando o retorno positivo de Miguel. "Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada" (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas). <b>Meu exemplo:</b>
8 Leitura mental	Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.	"Ele está pensando que eu falhei". "Ela pensou que eu não conhecia o projeto." "Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito." <b>Meu exemplo:</b>
9 Supergeneralização	Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como "sempre", "nunca", "todo", "inteiro", etc.	"Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana." "Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras". "Minha dor de cabeça nunca vai parar". <b>Meu exemplo:</b>
10 Personalização	Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.	"Senti-me mal porque a moça do caixa não me agradeceu" (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). "Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa" (não considerando que ela foi sua quarta esposa). <b>Meu exemplo:</b>
11 Afirmações do tipo "deveria" (também "devia", "devo", "tenho de")	Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes "deveriam" ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.	"Eu devia ter sido uma mãe melhor". "Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria". "Eu não devia ter cometido tantos erros." <b>Meu exemplo:</b>
12 Conclusões precipitadas	Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou poucas evidências que possam confirmá-las.	"Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável." "Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente." <b>Meu exemplo:</b>
13 Culpar (outros ou a si mesmo)	Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, tomo para mim mesmo a responsabilidade pelos comportamentos e atitudes de outros.	"Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade." "É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada." <b>Meu exemplo:</b>
14 E se...?	Fico me fazendo perguntas do tipo "e se acontecer alguma coisa?"	"E se eu bater o carro?" "E se eu tiver um enfarte?" "E se meu marido me deixar?" <b>Meu exemplo:</b>
15 Comparações injustas	Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.	"Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu." "Estou triste porque ela tem mais sucesso do que eu." <b>Meu exemplo:</b>

Quadro 2. Lista de distorções cognitivas do CD-Quest  
Fonte: de Oliveira<sup>8</sup>

### 2.3 QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-Quest)

O CD-Quest é uma ferramenta desenvolvida pela Terapia Cognitiva Processual com potencial para ser utilizada em qualquer abordagem. Sua função é avaliar as conexões entre as distorções cognitivas dos pacientes e seus

pensamentos e comportamentos disfuncionais. Trata-se de um questionário de autoaplicação, preenchido habitualmente antes de cada sessão de terapia<sup>8,10,61</sup> (Figura 3). Este instrumento foi criado conceitualmente com o objetivo de auxiliar o terapeuta no acompanhamento clínico dos pacientes por meio da sua pontuação. O questionário contém 15 itens, nos quais as principais distorções cognitivas são apresentadas, cada uma com frequência e intensidade, com pontuação variando em uma escala de 0 a 5 para cada distorção, totalizando 75 pontos para todo o CD-Quest. Sua interpretação é simples: quanto maior a pontuação, maiores são os indicativos de pensamentos disfuncionais<sup>8,10,61</sup>.

## Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Copyright (c) 2010

Irismar Reis de Oliveira

**Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.**

**Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: “Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada.”**

**Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 na quarta coluna da grade abaixo.**

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “ou uma coisa, ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.  
EXEMPLOS: “Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso”. “Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta”

Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção.*

	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Intensidade:					
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3
Médio (31% to 70%)			2	3	4
Muito (Mais de 70%)			3	4	5

Figura 3. CD-Quest.

Fonte: de Oliveira<sup>8</sup>

Estudos realizados com o CD-Quest vêm demonstrando que a ferramenta cumpre a promessa de auxiliar na identificação das distorções cognitivas, apresentando consistência nas avaliações. Um desses estudos, realizado em população de estudantes de medicina e psicologia, apresentou consistência interna

e validade concorrente com relação ao Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Questionário de Pensamentos Automático (ATQ)<sup>11</sup>. Em outra pesquisa com amostra de adultos com fobia social, o CD-Quest confirmou sua consistência interna, além da validade convergente, validade discriminante, validade de grupos e sensibilidade ao tratamento<sup>12</sup>. Dentre outras aplicações, temos o CD-Quest-Teen para adolescentes que foi realizado em uma população de estudantes do ensino fundamental. Neste estudo, os resultados apontaram confiabilidade e fidedignidade do instrumento<sup>62</sup>. Portanto, é possível concluir que o CD-Quest apresenta propriedades psicométricas adequadas e satisfatórias<sup>8,10</sup>.

### 3 JUSTIFICATIVA

O CD-Quest é um instrumento que avalia as distorções cognitivas, tendo sido inclusive desenvolvido sua versão para adolescentes, na qual o número de questões foi reduzido a fim de adequar o referido questionário à faixa etária alvo. Vale salientar que a versão do CD-Quest para adolescentes obteve resultados psicométricos satisfatórios no que diz respeito à sua validação como ferramenta de avaliação das distorções cognitivas.

Diante desta eficiência comprovada, se justifica o uso do CD-Quest no presente trabalho como ferramenta de avaliação das distorções cognitivas, visto ser o único instrumento validado até o momento para o público adolescente com esta finalidade. A utilização dessa ferramenta, levando em conta o seu potencial como instrumento de exploração da frequência das distorções cognitivas, trará contribuições para que o terapeuta atue no trabalho das mudanças cognitivas do paciente de forma a gerar pensamentos mais adaptativos<sup>1,8</sup>.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Medir a frequência relativa das distorções cognitivas e de sintomas compatíveis de TDAH em escolares entre 10 e 19 anos de idade, de ambos os sexos, cursando até o 9º ano de uma escola pública da cidade de Salvador (BA), através da aplicação do CD-Quest-T.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a associação entre os adolescentes que apresentam sintomatologia indicativa de TDAH e distorções cognitivas;
- Verificar a associação entre os adolescentes que apresentam sintomatologia indicativa de TDAH e distorções cognitivas, levando em consideração o sexo.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 PARTICIPANTES

Este trabalho teve como objetivo fazer um estudo transversal, exploratório e quantitativo, com a aplicação do CD-Quest-T na população de estudantes de uma escola pública de ensino na cidade do Salvador, estado da Bahia, Brasil. Buscou-se verificar a frequência de distorções cognitivas nos estudantes e a associação com sintomas de TDAH. O público alvo foi composto por estudantes do 6<sup>o</sup> ao 9<sup>o</sup> ano do Ensino Fundamental, com idades entre 11 e 17 anos. A aplicação foi realizada em alunos de uma escola pública na cidade do Salvador, escolhida por conveniência, em função das dificuldades encontradas para se conseguir que as diversas escolas que compõem o ensino público pudessem participar do sorteio estatístico.

Participaram do estudo 181 alunos que, após a assinatura do TCLE pelos seus respectivos responsáveis legais, assinaram o Termo de Assentimento (TA).

### 5.2 COLETA DE DADOS

#### 5.2.1 Amostra Clínica

A coleta dos dados ocorreu mediante as aplicações do questionário sociodemográfico, elaborado nesta pesquisa, e do SNAP-IV aos 181 alunos que aceitaram participar do estudo. Posteriormente, todos foram submetidos a aplicação da versão do CD-Quest para adolescentes<sup>62</sup>.

### 5.3 INSTRUMENTOS

O questionário sociodemográfico reuniu a coleta de informações sobre a idade dos participantes, gênero, padrão socioeconômico da família e estrutura familiar. O questionário foi composto por 10 perguntas direcionadas para serem respondidas pelos pais ou responsáveis.

Já o SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham – versão IV) é um questionário que objetiva investigar sintomas de TDAH. Ele é para ser respondido por pais ou professores. Ele é composto por 26 questões e cada resposta apresenta quatro

níveis de intensidade (nem um pouco; só um pouco; bastante; e demais). Ele foi desenvolvido atendendo aos critérios do DSM-IV. O resultado da avaliação se dá pela apresentação de pelo menos 6 itens marcados como “*BASTANTE*” ou “*DEMAIS*”. Este critério se aplica para todos os itens do questionário<sup>63,64</sup>. Nos Estados Unidos, o uso do SNAP-IV em populações de escolares aponta para propriedades psicométricas consistentes<sup>63</sup>.

Por fim, o CD-Quest-T é um questionário com 8 itens em duas dimensões: frequência e intensidade. Para a frequência, existem 4 grupos que cobrem os sete dias da semana. Para a dimensão intensidade também existem 4 grupos que cobrem entre “não ocorreu”, “um pouco” (até 30%), “médio” (31 a 70%) e “muito” (mais de 70%). A escala para os dois grupos varia de 0 a 5, chegando a um total de até 40 pontos<sup>8</sup>. O CD-Quest-T foi desenvolvido para atender ao público jovem com o objetivo de suprir uma lacuna para avaliação das distorções cognitivas em indivíduos na faixa etária até 17 anos de idade<sup>62</sup>. Na versão para adolescentes do CD-Quest, buscou-se adaptar a linguagem das distorções cognitivas para o público alvo, de forma a deixar o formulário mais claro para o seu preenchimento. A versão final culminou na escolha de 8 distorções que resultaram da pesquisa realizada por Souza<sup>62</sup> (Quadro 3).

DISTORÇÃO COGNITIVA	EXPLICAÇÃO	EXEMPLOS
1. Pensamento tudo ou nada	Vejo os acontecimentos e as pessoas como "tudo ou nada" ou "oito ou oitenta". Não considero o que está no meio.	"Se não tiro 10, isso significa que fracassei na prova."; "Ou consigo estudar todo o assunto, ou é melhor nem tentar."; "Minha mãe não me deu o presente que eu queria. Ela não gosta de mim."
2. Previsão do futuro	Adivinho o futuro, como se tivesse uma bola de cristal, geralmente prevendo o pior.	"Vou ficar nervoso e me dar mal na prova."; "A diretora me chamou para ir à secretaria. Ela vai brigar comigo."; "A festa vai ser muito ruim."
3. Desqualificação do positivo	Desmereço ou diminuo o valor das coisas boas e positivas que acontecem comigo.	"Só tirei nota boa na prova porque estava fácil."; "Minha mãe ficou contente porque eu a ajudei, mas isso não foi mais do que minha obrigação."; "Passar de ano não foi grande coisa. Qualquer um consegue."
4. Rotulação	Coloco um carimbo, um rótulo ou uma etiqueta, geralmente negativo, em mim ou nos outros.	"Maria é metida."; "Paulo é antipático."; "Sou burro."; "Sou um fracasso."
5. Leitura mental	Acredito que posso adivinhar o que as pessoas estão pensando ou que elas podem adivinhar meus pensamentos.	"Alice não me ligou porque não quer sair comigo."; "Pela cara do professor, tirei nota baixa." "Jane passou e nem me olhou. Deve estar zangada comigo."
6. Generalização	Generalizo e exagero as coisas usando palavras como "sempre", "nunca", "tudo", "nada", "só", etc.	"Ninguém gosta de mim."; "Nada comigo dá certo."; "Meus pais nunca me entendem."
7. Conclusões Precipitadas	Tiro conclusões precipitadas e faço as coisas de forma apressada, sem observar melhor o que está se passando.	"Fui mal na primeira unidade. Não adianta continuar, vou abandonar o colégio."; "Se não respondeu a minha mensagem é porque não se importa comigo."; "Se olhou para minha namorada, é porque está paquerando ela."
8. Culpar	Culpo as pessoas pelo que me acontece, não considerando minha responsabilidade no acontecimento.	"Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade."; "Tirei nota baixa por culpa da professora."; "Cheguei atrasado porque minha mãe não me acordou."

Quadro 3. Lista das distorções cognitivas do CD-Quest-Teen  
Fonte: Dissertação Souza<sup>62</sup>.

Como foi descrito acima por Oliveira<sup>8,61</sup>, o CD-Quest apresenta as principais distorções cognitivas, cada uma com frequência e intensidade em que a pontuação varia de 0 a 5 para cada distorção. Na versão para adolescentes, a pontuação total pode atingir 40 pontos<sup>61</sup>. Quanto maior a pontuação, maior os indicativos da presença de distorções de pensamentos desadaptativos.

#### 5.4 PROCEDIMENTO

A coleta dos dados desta pesquisa é parte do estudo maior referente à tese de doutorado de Ana Cristina Matos, sob a orientação do Professor Irismar Reis de

Oliveira, que consiste no trabalho de prevenção mediante o Treinamento da TCP para estudantes do ensino fundamental. Esse trabalho é consistente de 18 encontros, apresentado em forma de treinamento e não tratamento, tendo como diretriz um manual preparado para trabalho em grupo, em que envolve as fases da TCP.

Inicialmente, foi solicitado o consentimento da instituição de ensino através de uma carta, descrevendo o projeto de pesquisa e solicitando a participação da mesma. Após isso, enviou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais ou responsáveis, acompanhado do Questionário Sociodemográfico para ser respondido por aqueles que aceitariam participar da pesquisa. Em seguida, foi promovido um encontro na escola no qual os pesquisadores se apresentaram brevemente aos pais, apresentaram o projeto, esclareceram que a participação era voluntária e informaram sobre o caderno de questionários. Os pais responderam ao SNAP-IV, que subsidiou o levantamento dos alunos que apresentavam sintomas de TDAH.

Também foi esclarecido que os estudantes que não participassem da pesquisa poderiam se retirar da sala onde ocorreria a coleta de dados. Após a fase de coleta com os pais, foi feito um treinamento com os alunos para esclarecer o que significavam distorções cognitivas e quais os seus efeitos na vida cotidiana das pessoas. Os adolescentes receberam, então, explicação sobre o preenchimento do CD-Quest-T após a capacitação citada. Dois pesquisadores ficaram como apoio para os alunos, que, em sala de aula, sentados em assentos individuais, receberam o CD-Quest-T para preenchimento.

Após coletados, os dados foram alimentados em uma planilha do programa Excel e, posteriormente, migrados para análise no pacote estatístico R.

Para este estudo, optou-se em utilizar duas pontuações derivadas para as análises estatísticas, que será feita tanto para a contagem global como para as análises das distorções cognitivas individualmente. Tal decisão metodológica levou em conta aspectos qualitativos e quantitativos, como detalhamos à frente.

Como os pensamentos desadaptativos se dão mediante a interseção entre frequência e intensidade, resultando em uma pontuação que indique a sua presença, quando a pontuação atingir o mínimo de 3 pontos, este será computado no estudo, conforme demonstra a Tabela 1. Será feita, entretanto, outra análise levando em consideração apenas quem apresentou a pontuação máxima do CD-Quest.

Tabela 1. Pontuação derivada da interseção entre frequência e intensidade do CD-Quest.

Intensidade:	Frequência:	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Acreditei...		0			
Um pouco (Até 30%)			1	2	3 
Médio (31% to 70%)			2	3 	4
Muito (Mais de 70%)			3 	4	5 

Fonte: Oliveira<sup>8</sup>.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inicialmente alimentados em banco de dados na planilha do *software* Excel e posteriormente exportado para serem analisados estatisticamente através do pacote estatístico R.

A análise estatística foi realizada empregando o modelo de regressão de Poisson no intuito de obter diretamente as razões de frequências brutas, ajustadas e controladas<sup>65</sup>. Optou-se pelo uso da razão de frequências ao invés da razão de prevalências, já que a variável dependente estudada foi a distorção cognitiva. Para todas as análises de regressão, considerou-se o ponto de corte maior ou igual a 3 como indicativo de presença de distorção cognitiva desadaptativa.

Construiu-se um primeiro modelo saturado, contendo a interação entre TDAH e sexo. Quando obtida significância estatística nesta avaliação, efetuou-se modelagem controlada para cada nível da variável controladora. Em caso de não significância no termo de interação, fez-se regressão de Poisson ajustada por TDAH e sexo e, em seguida, efetuou-se regressões de Poisson brutas em separado novamente para TDAH e sexo. A bondade de ajustamento dos modelos foi avaliada através do Critério de Informação de Akaike<sup>66</sup> e análise de resíduos. Já para a avaliação do pressuposto de não sobredispersão, observou-se a razão dos resíduos da Deviance pelos seus graus de liberdade<sup>67</sup>. Mesmo em não havendo violação deste pressuposto, optou-se pela estimação robusta dos erros padrão de todos os modelos<sup>68</sup>. O cálculo dos intervalos de confiança dos modelos foi feito através do método Delta<sup>69,70</sup>. A análise foi efetuada no pacote estatístico R (versão 3.4.3)<sup>71</sup> no Ubuntu versão 17.04.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa estão em conformidade com as orientações éticas previstas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, aprovado em 26 de fevereiro de 2015, sob o número 966.202.

Antes da assinatura dos TCLE, a diretora da escola recebeu uma carta solicitando a participação no projeto e, somente após receber as explicações sobre a pesquisa, foram encaminhados os formulários para as devidas assinaturas e preenchimento. Todos que participaram da pesquisa tiveram consentimento dos seus responsáveis e receberam os devidos esclarecimentos em sala de aula sobre a pesquisa.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO

Participaram deste estudo 181 alunos. Destes, 33 (18,23%) apresentavam sintomas de TDAH e 148 (81,77%) não apresentavam sintomas (Tabela 2). Dos 181 alunos, 92 (50,8%) eram do sexo feminino e 89 (49,2%) do sexo masculino. (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição dos alunos com sintomas de TDAH.

TDAH	ALUNOS	%
Com sintomas	033	18,23
Sem sintomas	148	81,77
	181	100

Dados coletados durante o estudo entre junho 2015/julho 2016.

Tabela 3. Distribuição dos alunos com sintomas de TDAH e por sexo.

Sexo do aluno	Sintomas de TDAH				Total	%
	SIM	%	NÃO	%		
F	16	48,5	76	51,4	92	50,8
M	17	51,5	72	48,6	89	49,2
Total	33	100	148	100	181	100

Dados coletados durante o estudo entre junho 2015/julho 2016.

Quando distribuído por série escolar, temos 63 (34,8%) da 6ª série, sendo 50 (33,8%) sem sintomas e 13 (39,4%) com sintomas de TDAH; 55 (30,4%) da 7ª, em que 44 (29,7%) sem sintomas e 11 (33,3%) com sintomas; 24 (13,3%) da 8ª, sendo 21 (14,2%) sem sintomas e 3 (9,1%) com sintomas; e 39 (21,5%) da 9ª série, sendo 33 (22,3%) sem sintomas e 6 (18,2%) com sintomas (anexo B). A *mediana* foi a 7ª série e *moda* 6ª série (6ª a 9ª).

Já a distribuição por idade ficou constituída de 28 (15,5%) com 11 anos, no qual 24 (16,2%) sem sintomas e 4 (12,1%) com sintomas; 43 (23,8%) com 12 anos, sendo 32 (21,6%) sem sintomas e 11 (33,3%) com sintomas; 48 (26,5%) com 13

anos, sendo 41 (27,7%) sem sintomas e 7 (21,2%) com sintomas; 32 (17,7%) com 14 anos, sendo 27 (18,2%) sem sintomas e 5 (15,2%) com sintomas; 14 (7,7%) com 15 anos, sendo 12 (8,1%) sem sintomas e 2 (6,1%) com sintomas; 12 (6,6%) com 16 anos, sendo 9 (6,1%) sem sintomas e 3 (9,1%) com sintomas; e 4 (2,2%) com 17 anos, sendo 3 (2,0%) sem sintomas e 1 (3,0%) com sintomas (anexo C). A idade *mediana* e a *moda* observadas foi de 13 anos (11-17).

## 6.2 RAZÃO DE FREQUÊNCIA GLOBAL DAS DISTORÇÕES COGNITIVAS E ASSOCIAÇÃO COM TDAH, AJUSTADO POR SEXO

O resultado da aplicação do CD-Quest-T na amostra (Tabela 4), considerando a maior pontuação (5) derivada da tabela indica uma razão de frequência global das distorções de 43% para o modelo quando da presença de TDAH, ajustado por sexo, e 55% como fator de proteção para o sexo (masculino), quando ajustado por TDAH, apresentando significância estatística.

Retirando-se a variável sexo, a razão de frequência quando da presença do TDAH é de 40%, ou seja, a variável sexo aumenta o volume de distorções cognitivas no TDAH. Entretanto, a diferença é menor que 10%, significando que a variável sexo não é uma confundidora e o sorteio pode ter provocado essa diferença de 43% para 40%. Por outro lado, quando retirada a variável TDAH o resultado para a razão de frequência com a variável sexo não sofre mudança, significando dizer que o TDAH não está influenciando neste resultado, mantendo-se a significância estatística (0,45) para a variável sexo.

Tabela 4. Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-0,897	<0,001	-0,880	-	-	<0,001	-1,191	-	-	<0,001	-0,8082	-	-	<0,001
TDAH	0,427	0,241	0,355	-	-	0,1109	0,333	-	-	0,1614	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,43	[0,92-2,21]	-	-	1,40	[0,88-2,22]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,741	0,021	-0,797	-	-	0,001	-	-	-	-	-0,7901	-	-	0,001
Masculino	-	-	-	0,45	[0,28-0,72]	-	-	-	-	0,0009	-	0,45	[0,28-0,73]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,237	0,726	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 248,4; AIC<sup>2</sup>: 246,6; AIC<sup>3</sup>: 253,2; AIC<sup>4</sup>: 245,8.

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,69169 (p=0,9994); DR<sup>2</sup>: 0,6885 (p=0,9995); DR<sup>3</sup>: 0,7327 (p=0,9971); DR<sup>4</sup>: 0,6917 (p=0,9994).

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF.

\* Termo de interação.

Quando aplicado o mesmo estudo, considerando a pontuação derivado do CD-Quest com pontuação mínima igual ou maior que 3, observa-se uma razão de frequência global de 11% para o modelo quando da presença de TDAH, ajustado por sexo; e fator de proteção de 14% para o sexo (masculino), quando ajustado por TDAH, não apresentando significância estatística (Tabela 5).

Retirando-se a variável sexo, a razão de frequência quando da presença do TDAH é de 11%, ou seja, a variável sexo não influencia no aumento do volume de distorções cognitivas no TDAH. Quando retirada a variável TDAH, o resultado para a razão de frequência com a variável sexo não sofre mudança, significando dizer que o TDAH não está influenciando neste resultado, mantendo-se a falta de significância estatística (0,87) também para a variável sexo.

Tabela 5. Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva com pontuação igual maior que 3 do CD-Quest-T.

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-0,253	<0,0001	-0,238	-	-	<0,0001	-0,306	-	-	<0,0001	-0,218	-	-	<0,0001
TDAH	0,189	0,0344	0,109	-	-	0,2389	0,105	-	-	0,2715	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,11	[0,93-1,34]	-	-	1,11	[0,92-1,34]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,111	0,2637	-0,146	-	-	0,0919	-	-	-	-	-0,144	-	-	0,098
Masculino	-	-	-	0,86	[0,73-1,02]	-	-	-	-	-	0,87	[0,73-1,03]	-	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
TDAH:Sexo*	-0,172	0,3801	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 356,6; AIC<sup>2</sup>: 354,8; AIC<sup>3</sup>: 353,5; AIC<sup>4</sup>: 353,1.

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4329 (p=1); DR<sup>2</sup>: 0,4314 (p=1); DR<sup>3</sup>: 0,4330 (p=1); DR<sup>4</sup>: 0,4304 (p=1).

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF.

\* Termo de interação.

### 6.3 RAZÃO DE FREQUÊNCIA POR DISTORÇÃO COGNITIVA E ASSOCIAÇÃO COM TDAH, AJUSTADO POR SEXO

Os resultados encontrados (Anexo D) para a razão de frequência com maior pontuação (5) do CD-Quest e por distorção cognitiva apresentaram significância estatística para o tipo *conclusões precipitadas* (4,75). Ou seja, 375% a mais quando na presença do TDAH, aplicando o modelo controlado para o sexo feminino (Tabela 6).

Tabela 6. Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva conclusões precipitadas com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> controlado**				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,721	<0,001	-2,721	-	-	<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-
TDAH	1,558	0,0062	1,558	-	-	0,0062	-	-	-	-	-	-	-	-
Presente	-	-	-	4,75	[1,56-14,5]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo	-17,58	<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Masculino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Feminino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TDAH:Sexo*	15,91	<0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 74,51; AIC<sup>2</sup>: 62,84.

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,2515 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4316 (p=1,0000).

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF.

\* Termo de interação.

\*\* Modelo controlado para sexo feminino devido a insuficiência numérica para sexo masculino.

Quando aplicado o mesmo estudo considerando a pontuação derivado do CD-Quest com pontuação mínima igual ou maior que 3 (Anexo E), não foi encontrada significância estatística para a variável TDAH. Encontrou-se significância estatística para a variável sexo nas distorções *rotulação* (0,43), *generalização* (0,44) e *conclusões precipitadas* (0,64). Mesmo com a retirada da variável TDAH, os resultados não sofrem alterações, significando dizer que a variável TDAH não está influenciando nos resultados da significância estatística para a variável sexo.

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo buscou encontrar a razão de frequência para a lista de distorções cognitivas enumeradas no CD-Quest-T, através de sua aplicação em adolescentes em uma escola pública na cidade de Salvador (BA) e verificar a sua associação com o TDAH. Alguns estudos apontam uma relação entre distorções cognitivas na presença do TDAH<sup>72,73</sup>.

Pessoas com TDAH apresentam normalmente comprometimento das funções executivas com dificuldade de acompanhar pensamentos<sup>74</sup>. O tratamento cognitivo e comportamental tem apresentado bons resultados para esse público, pois, além de realizar uma psicoeducação dos pensamentos, trabalha na identificação e na correção das distorções cognitivas, o que vem sendo reconhecido pela ABDA como a única modalidade de psicoterapia que tem apresentado auxílio no tratamento do TDAH<sup>56,60,69</sup>.

Neste trabalho, encontrou-se uma razão de frequência das distorções cognitivas para o público geral de 43%, quando da presença de TDAH e pontuação igual a 5 do CD-Quest-T, e 11% para pontuação do CD-Quest igual ou maior que 3, ajustado por sexo. Esses resultados não representam significância estatística, além de não apontar associação entre o TDAH e distorções cognitivas quando do resultado global. Entretanto, quando feita a associação com a variável sexo, o resultado global apresenta um volume a menos de 55% para o sexo masculino, para a maior pontuação do CD-Quest, e 14% quando aplicada a pontuação de igual ou maior que 3, significando dizer que o sexo feminino, para este estudo, demonstra maior exposição à presença de distorções cognitivas no computo global para a maior pontuação do CD-Quest-T.

Ao analisar a medida de significância estatística estratificado por tipo de distorção cognitiva individualmente, verificou-se que os resultados mostram a distorção *conclusões precipitadas* com a razão de frequência na ordem de 4,75, com o modelo controlado para o sexo feminino, quando considerada a maior pontuação (5) do CD-Quest-T. Significando dizer que o resultado deste estudo aponta a variável sexo como fator de associação para o aumento da presença desta distorção cognitiva e não o TDAH.

Da mesma forma, os resultados para a pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T apontam a variável sexo como fator de associação para o aumento da presença de distorção cognitiva sem a presença do TDAH.

Então, ao se utilizar o CD-Quest-T para verificar a presença de distorção cognitiva em TDAH, deve-se perguntar pelo sexo.

A principal limitação encontrada nesta pesquisa foi a quantidade de escolas que aderissem ao projeto proposto, quando do desenvolvimento do projeto.

## 8 CONCLUSÕES

Estudos de frequência são importantes na área de epidemiologia, pois, através desse tipo de investigação é possível verificar, em determinada população, a quantidade de ocorrência de determinadas doenças. Os resultados levantados servem para o planejamento da administração pública e demais áreas de saúde, no auxílio da realização de testes diagnósticos e na proposição de opções de tratamento. Em estudos como estes, a *razão* e a *proporção* são as principais medidas matemáticas para expressar as relações na população estudada. A frequência, então, mede a proporção de indivíduos em uma população que está acometida por uma doença em um ponto no tempo. Ela é importante para auxiliar no planejamento dos recursos materiais e humanos a serem utilizados no tratamento da doença.

Como demonstrado neste estudo de frequência, não houve significância estatística na associação entre as distorções cognitivas e o TDAH. O que ficou evidenciado foi uma significância estatística para a variável sexo, especificamente para a distorção *conclusões precipitadas* para a pontuação máxima e *rotulação, generalização* e *conclusões precipitadas* para a pontuação de no mínimo 3, evidenciando o gênero feminino como mais exposto.

Dito isto, podemos inferir, que esse estudo poderá vir a se tornar uma referência para futuras investigações, assim como, a partir dos resultados obtidos, é possível estabelecer uma direção para proposição de opções de tratamento, o que permitirá atuar de forma específica em determinado gênero sexual.

## REFERÊNCIAS

1. Beck JS. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2013.
2. Wright JH. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Knapp P. Princípios Fundamentais da Terapia Cognitiva. In: Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2007. P. 18-41.
4. Mesquita CM, Porto PR, Range BP, Ventura PR. Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. Rev bras ter cogn. 2009; 05(01): 35-45.
5. Rangé B, Souza CR. Terapia Cognitiva. In: Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 263-84.
6. Méa CPD, Cazarotto AM, Wagner MF. Terapia cognitivo-comportamental e transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: relato de caso infantil. Revista Saúde e Pesquisa. 2014; 07(03): 541-51.
7. Monteiro BC. TDAH: Proposta de tratamento clínico para crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano. 2014; 02(01): 101-08.
8. Oliveira IR. Terapia cognitiva processual: manual para clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2016.
9. Oliveira IR, Osório FL, Sudak D, Abreu JN, Crippa JAS, Powell VB et al. Initial psychometric properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest). In: 45<sup>th</sup> Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), 2011, Toronto, 2011.
10. Oliveira IR, Seixas C, Osório FL, Crippa JAS, Abreu JN, Menezes IG, et al. Evaluation of the psychometric properties of the cognitive distortions questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. Innov Clin Neurosci. 2015; 12(7-8): 20-7.
11. Carvalho CMS. Análise psicométrica do questionário de distorções cognitivas (CD-Quest). [Tese de Doutorado online]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde; 2014. [acesso em 2017 mar 11]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17934/1/CARVALHO%20Camila%20Magalh%C3%A3es%20Seixas%20de.pdf>.
12. Kaplan SC, Morrison AS, Goldin PR, Olinio TM, Heimberg RG, Gross JJ. The cognitive distortions questionnaire (CD-Quest): validation in a sample of adults with social anxiety disorder. Cognit Ther Res. 2017; 41(4): 576-87.

13. Mash EJ, Barkley RA. Behavior disorder: attention-deficit/hyperactivity disorders. In: Barkley RA. Child Psychopathology (2<sup>nd</sup>.ed.). New York: Guilford Publications; 2003. P. 73-143.
14. Karam RG. A idade de início do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e sua associação com o quadro clínico em adultos. [Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Psiquiatria]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008. [acesso em 2017 mar 19]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15933/000690905.pdf>.
15. Barkley RS, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of Attention Deficit (Mangel der Aufmerksamkeit, Attention Volubilis). Journal of Attention Disorders. 2012; 16(8): 623-30.
16. Andrade MCL, Bona M, Pereira GRM. Pedagogia e educação dos costumes num antigo livro infantil: der struwwelpeter. Revista de Ciências da Educação. 2009; 30(106): 131-49.
17. Monteiro, MAS. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade no adulto (TDAH): perfil sócio-demográfico e estudo de genes candidatos [Dissertação de Mestrado online]. São Paulo: Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina; 2005. [acesso em 2017 mar 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-17022006-134108/pt-br.php>.
18. Mota AH. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na vida adulta e funções executivas: uma revisão teórica. Revista Interfaces da Saúde. 2014; 1(1): 39-50.
19. Sharkey L, Fitzgerald M. The history of attention deficit hyperactivity disorder. In: Fitzgerald M, Bellgrove M, Gill M, editors. Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: the history of attention deficit hyperactivity disorder. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2007. P 3-11.
20. Caliman LV. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. Psicol. cienc. prof. 2010; 30(1): 46-61.
21. Alves RJR. Compreensão e avaliação do TDAH: possíveis interlocuções entre as abordagens neuropsicológica e analítica comportamental. Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn. 2015; 17(1): 35-53.
22. Santos LF, Vasconcelos LA. Transtorno do deficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. Psic.: Teor. e Pesq. 2010; 26(4): 717-24.
23. Schwartzman JS. Transtorno de déficit de atenção. São Paulo: Memnon/Mackenzie; 2001.
24. Benczik EBP. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

25. Ely APF. As múltiplas faces do TDAH e suas implicações frente ao diagnóstico prematuro de crianças em idade escolar. [Monografia de Graduação online]. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul; 2014. [acesso em 2017 jun 27]. Disponível em:  
<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2660/TCC%20ANA%20PAULA%20ELY%20FINALIZADO%20CORRETO.pdf?sequence=1>.
26. Sandberg S, Barton J. Historical development. In: Sandberg S. Hyperactivity and attention disorders of childhood. New York: Cambridge University Press; 2002. P. 1-29.
27. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanxzyk G. Transtorno de déficit de atenção/hipatividade. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000; 22(Supl II): 7-11.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3<sup>rd</sup>.ed.). Washington: American Psychiatric Association; 1980.
29. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
30. Estados Unidos da América. Resolução 370 de 7 de junho de 2004. 108<sup>th</sup> Congress 2<sup>nd</sup> Session. [acesso em 2017 jun 27]. Disponível em:  
<http://www.govrecords.org/sres-370-rs-designating-julho-4-2017-as.html>.
31. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: APA; 1994.
32. Graeff RL, Vaz CE. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Psicol. USP. 2008; 19(3): 341-61.
33. Caixeta L, Ferreira SB. Manual de neuropsicologia: dos princípios à reabilitação. São Paulo: Atheneu; 2012. P. 275-280.
34. Pastor PN, Reuben CA. Attention deficit disorder and learning disability? United States, 1997-98. Vital and Health Statistics, series. 2002; 10(206): 1-12.
35. Freire ACC, Pondé MP. Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Arquivos de neuropsiquiatria. 2005; 63(2B): 474-78.
36. Vasconcelos MM, Junior JW, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos ISSO, Barbosa JB. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. Arquivos de Neuropsiquiatria. 2003; 61(1): 67-73.
37. Brzozowski FS, Caponi S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009; 19(4): 1165-87.

38. Kieling R, Rohde LA. ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis. In: Stanford C, Tannock R, editors. Behavioral neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and its treatment. New York: Springer; 2011. P 1-16.
39. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; (63): 10-5.
40. Rohde LA, Mattos P, editores. Princípios e práticas em TDAH. Porto Alegre: Artmed; 2003.
41. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. *Journal de Pediatria*. 2004; 80(2): 61-70.
42. Rohde LA, Zeni C, Polanczyk G, Hutz M. New insights on attention-deficit/hyperactivity disorder pharmacogenomics. *Drug development research*. 2004a; (51): 1-8.
43. Abreu N, Oliveira I. Epidemiologia e fatores de risco. In: Neto MRL, Reis AT, Nunes APR, Figueiral AS, Shayer BPM, Bicca C, et al. TDAH transtornos de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. P. 22-39.
44. Roman T, Contini V, Bau CHD. Etiopatogenia e fisiopatologia: Genética. In: Neto MRL, Reis AT, Nunes APR, Figueiral AS, Shayer BPM, Bicca C, et al. TDAH transtornos de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. P. 40-59.
45. Silva ABB. Mentis inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Editora Gente; 2003.
46. Silva ABB. Mentis inquietas: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. São Paulo: Globo; 2014.
47. Asbahr FR, Costa CZG, Morikawa M. Quadro clínico e diagnóstico: criança e adolescente. In: Neto MRL, Reis AT, Nunes APR, Figueiral AS, Shayer BPM, Bicca C, et al. TDAH transtornos de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed; 2010. P. 146-51.
48. Rizo L, Rangé B. Crianças desatentas, hiperativas e impulsivas: como lidar com essas crianças na escola? In: Brandão MZS, Conte FCS, Brandão FS, Ingberman YK, Moura CB, Silva VM, et al. Sobre o comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por consequências em ação. Santo André: Esetec Editores Associados; 2003. P. 422-32. [acesso em 12 dez. 2015]. Disponível em: [http://www.lucianarizo.com.br/artigos/criancas\\_escola.pdf](http://www.lucianarizo.com.br/artigos/criancas_escola.pdf).
49. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed; 2002.
50. Malloy-Diniz L, Sedo M, Fuentes D, Leite WB. Neuropsicologia das funções executivas. In: Fuentes D, organizadores. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2008.

51. Wilson JJ, Levin FR. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2001; (3): 497-506.
52. Araújo APQC. Avaliação e manejo de crianças com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria.* 2002; 78(supl.1): S104-S110.
53. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2008.
54. Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2008. P. 102-8.
55. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
56. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). Tratamento. Rio de Janeiro: [publicação online]; 2017 [acesso em 2017 jun 27]. Disponível em <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>.
57. Lima RF. Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências & Cognição.* 2005; (6): 113-22.
58. Gatti BA. Habilidades cognitivas e competências sociais. Laboratorio Latino Americano de Evaluacion de La Calidad de La Educacion: marco conceptual. UNESCO; 1997 [acesso em 2017 maio 30]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001836/183655por.pdf>.
59. Primi R, Santos A, Vendramini CM, Taxa F, Muller FA, Lukjanenko MF, et al. Competências e habilidades cognitivas: diferentes definições dos mesmos construtos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2001; 17(2): 151-9.
60. Knapp P. Fundamentos científicos: princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: Knapp P, Beck A, Almeida AM, Palmira A, Cordioli AV, Rangé B, et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2007. P. 18-41.
61. Oliveira IR. Terapia cognitiva processual (TCP): uma abordagem de terapia cognitivo-comportamental. In: Oliveira IR, Schwartz T, Stahl SM. *Integrando psicoterapia e psicofarmacologia: manual para clínicos.* Porto Alegre: Artmed; 2015. P. 26-65.
62. Souza CLSG. Construção e análise psicométrica do questionário de distorções cognitivas, versão para adolescentes - (CD-Quest-T). [Dissertação de Mestrado online]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde; 2016. [acesso em 2017 jun 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22542/1/Claudia%20Lu%C3%ADsa%20Sena.pdf>.

63. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde LA, Pinto D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006; 28(3): 290-97.
64. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). Diagnóstico crianças. Rio de Janeiro: [publicação online]; 2017 [acesso em 2017 jun 27]. Disponível em <http://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>.
65. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal [Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies] [Métodos para estimar razón de prevalencia en estudios de cohorte transversal]. *Rev Saúde Pública.* dezembro de 2008; 42: 992–8.
66. Bozdogan H. Model selection and Akaike's Information Criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. *Psychometrika.* 1º de setembro de 1987; 52(3): 345–70.
67. Cameron AC, Trivedi PK. *Regression Analysis of Count Data.* Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 597.
68. Zou G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *Am J Epidemiol.* 4 de janeiro de 2004; 159(7): 702–6.
69. Mandel M. Simulation-Based Confidence Intervals for Functions With Complicated Derivatives. *Am Stat.* 1º de maio de 2013; 67(2): 76–81.
70. Oliveira NF de, Santana VS, Lopes AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Rev Saúde Pública.* fevereiro de 1997; 31(1): 90–9.
71. R Development Core Team. *R: A language and environment for statistical computing* [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2017. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
72. Romo L, Legauffre C, Guilleux A, Valleur M, Magalon D, Fatséas M, et al. Cognitive distortions and ADHD in pathological gambling: A national longitudinal case-control cohort study. *Journal of Behavioral Addictions.* 2016; 5(4): 649-657.
73. Strohmeier CW, Rosenfield B, Di Tomasso RA, Ramsay JR. Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Res.* 2016; 238: 153-58.
74. Monteiro BC. TDAH: Proposta de tratamento clínico paraq crianças e adolescentes através da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano.* 2014; 2(1): 101-8.

## ANEXO A

### Critérios diagnósticos segundo o DSM-5 para TDAH

<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):</p> <p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, de desafio, de hostilidade ou de dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p>
a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).
<p>2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, de desafio, de hostilidade ou de dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p>
a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.

e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p.ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
f. Frequentemente fala demais.
g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).
Determinar o subtipo: 314.01 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses. 314.00 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses. 314.01 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.
Especificar se: Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.
Especificar a gravidade atual: Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional. Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes. Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.

## ANEXO B



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA (MCO/UFBA)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

**Pesquisador:** Irismar Reis de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42264315.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** SANATÓRIO SÃO PAULO LTDA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 966.202

**Data da Relatoria:** 27/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Transtornos de ansiedade (TA) e depressão são comuns entre crianças e adolescentes e os primeiros estão entre as condições psiquiátricas mais comuns na população pediátrica. Por outro lado, até 2020, a depressão será a segunda maior causa de incapacitação no mundo, atrás somente de doenças coronarianas isquêmicas. Classicamente o tratamento dos TA e da depressão pode ser realizado com psicoterapias e medicações. Dentre as psicoterapias, a terapia-cognitivo comportamental (TCC) é a modalidade com mais evidências que demonstram sua eficácia quando comparada a lista de espera e controle atencional nos TA de crianças e adolescentes. Estes autores estimam que aproximadamente 3 pacientes devem ser tratados com TCC para que 1 obtenha remissão nos TA. Estima-se que até 10% da população possa apresentar algum TA durante a infância ou adolescência. A identificação e o tratamento precoces podem evitar repercussões na vida da criança e do adolescente, tais como faltas constantes à escola e a consequente evasão escolar, utilização excessiva de atendimentos médicos por queixas somáticas associadas à ansiedade e, possivelmente, ocorrência de problemas psiquiátricos na vida adulta. Além da TCC, nos últimos 5 anos, uma modalidade derivada desta, a terapia cognitiva processual (TCP), vem sendo usada nos TA e depressão em adultos e mostrou-se eficaz em estudos clínicos. Embora os

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

(71)3283-9210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (MCO/UFBA)



Continuação do Parecer: 966.202

resultados sejam promissores nos adultos, ainda não foi testada em adolescentes, sobretudo em programas de prevenção ou promoção de saúde.

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por clusters cruzado envolvendo 200 crianças com intervenção e 200 sem intervenção e vice-versa na segunda fase. Será realizado na rede municipal de Salvador (2 escolas, carta de anuência anexadas), tendo como participantes escolares de 11 a 17 anos. Os dados serão coletados utilizando-se questionários padronizados e utilizados em estudos anteriores com instrumentos capazes de avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, bem como TDAH e qualidade de vida. Ambos os grupos serão avaliados semestralmente após a conclusão do treinamento por mais dois anos. Os treinamentos consistem em 18 encontros nas escolas com a turma em que haverá práticas de exercício e ensino de como processa pensamentos ações e julgamentos.

### **Objetivo da Pesquisa:**

#### **GERAL:**

Avaliar a eficácia do TCP-G na prevenção de TA e depressão medidos pelos escores da SCARED-C CDI em adolescentes em escolas públicas municipais de Salvador, tendo os escores destas escalas como desfechos primários.

#### **Secundário**

Avaliar qualidade de vida, sintomas de TDAH, autoestima, grau de sociabilidade, redução de bullying e performance escolar (notas) na população.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **RISCOS:**

“Os riscos são mínimos, podendo ele(a) se sentir cansado(a) durante os preenchimentos dos formulários e do treinamento.”

#### **BENEFÍCIOS:**

Auxiliar adolescentes em atividades como pensar cuidadosamente, fazer amizades, resolver problemas de relacionamento e ter autocontrole sobre seus comportamentos impulsivos.

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

(71)3283-9210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (MCO/UFBA)



Continuação do Parecer: 966.202

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ensaio clínico randomizado cruzado envolvendo 400 participantes escolares de 11-17 anos que receberão treinamento cognitivo-processual em 2 escolas de Salvador. O estudo tem uma possibilidade relevante de trazer uma contribuição para o enfrentamento da epidemia de depressão entre os nossos jovens e adolescentes consequentemente fazendo adultos e uma sociedade mais saudável. Não há óbices éticos.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: dirigido aos pais ou responsáveis dos escolares. Contêm os elementos da RES466/12, em forma de convite, contêm liberdade, privacidade e sigilo, objetivos e justificativa, oferece as duas cópias.

TERMO DE ASSENTIMENTO: adequado para a população, contendo os elementos da RES466/12.

ORÇAMENTO: R\$ 4260. Próprio dos investigadores; SEM a contrapartida anotada. ADEQUADO.

Cronograma: ADEQUADO.

Cartas de anuência das instituições que vai ser realizado o treinamento: anexadas, ADEQUADAS.

### **Recomendações:**

-APESAR DE NÃO HAVER RELATOS DE EVENTOS ADVERSOS À TERAPIA COGNITIVO PROCESSUAL, COMO SE TRATA DE UM ESTUDO DE FASE IIB, BUSCANDO NOVAS POPULAÇÕES, É IMPORTANTE QUE O INVESTIGADOR E SUA EQUIPE DECLAREM QUE QUALQUER EVENTO TERÁ TRATAMENTO PRONTO E GRATUITO POR PARTE DA EQUIPE DE PESQUISA.

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

(71)3283-9210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (MCO/UFBA)



Continuação do Parecer: 966.202

não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

### **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:**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

(71)3283-9210 **E-mail:** cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA (MCO/UFBA)



Continuação do Parecer: 966.202

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:**

**E-mail:** cephco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA (MCO/UFBA)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

**Pesquisador:** Irismar Reis de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 42264315.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.575.600

**Apresentação do Projeto:**

O investigador solicita emenda ao protocolo para incluir os estudantes de mestrado Nina Santos Souza Maia de Vasconcelos, Dagoberto Bonavides de Oliveira e Isabela Sousa Lemos Couto. em outra nota ao CEP anexa compromisso de confidencialidade.

Informa não há mais mudanças no protocolo de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não mudam.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS

os estudantes incluídos foram treinados pelo investigador principal "treinamentos teóricos" e "participarem do treinamento em sala de aula, como coterapêutas. ADEQUADO

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Emenda ao protocolo incluindo novos membros da equipe.

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

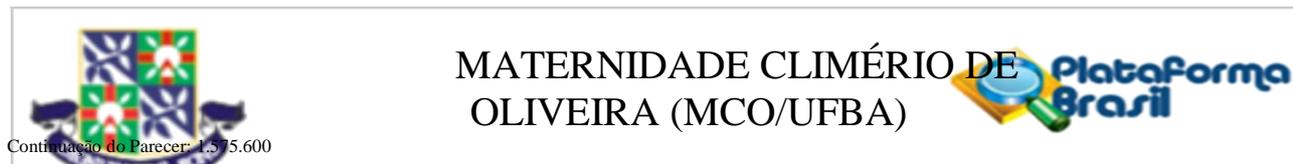
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (MCO/UFBA)

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

### Recomendações:

Não há.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

### Considerações Finais a critério do CEP:

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_727421_E1.pdf	30/05/2016 11:15:54		Aceito
Outros	Emendaaoprotocolo.pdf	30/05/2016 10:02:14	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Escala CBCL.pdf	26/02/2015 09:29:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	26/02/2015 09:28:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.pdf	25/02/2015 15:11:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.docx	25/02/2015 15:10:23		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.pdf	25/02/2015 15:08:16		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.docx	25/02/2015 15:08:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	25/02/2015 15:07:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	25/02/2015 15:07:26		Aceito
Outros	SCARED- Parental.pdf	25/02/2015 13:59:49		Aceito
Outros	SCARED-C.pdf	25/02/2015 13:58:53		Aceito

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.575.600

## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (MCO/UFBA)



Outros	CTQ.pdf	25/02/2015 13:42:30		Aceito
Outros	CDI.pdf	25/02/2015 13:42:07		Aceito
Outros	Escala SNAP-MTA-IV.pdf	25/02/2015 13:41:01		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Amélia Rodrigues.pdf	25/02/2015 13:30:32		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Visconde de Cairu.pdf	25/02/2015 13:30:05		Aceito
Outros	MSLSS Brazilian Version.pdf	25/02/2015 09:22:57		Aceito
Outros	Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest.pdf	25/02/2015 09:22:30		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 06 de Junho de 2016

---

**Assinado por: Eduardo Martins Netto (Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br

## APÊNDICE A

### Associação entre idade dos alunos e sintomas de TDAH

		SINTOMAS DE TDAH		Total
		NÃO	SIM	
IDADE DOS ALUNOS (ANOS)	11	24	4	28
		16.2%	12.1%	15.5%
	12	32	11	43
		21.6%	33.3%	23.8%
	13	41	7	48
		27.7%	21.2%	26.5%
	14	27	5	32
		18.2%	15.2%	17.7%
	15	12	2	14
		8.1%	6.1%	7.7%
	16	9	3	12
		6.1%	9.1%	6.6%
	17	3	1	4
		2.0%	3.0%	2.2%
Total		148	33	181
		100.0%	100.0%	100.0%

## APÊNDICE B

### Associação entre série escolar e sintomas TDAH

		SINTOMAS DE TDAH		Total
		NÃO	SIM	
SÉRIE ECOLAR	6	50	13	63
		33.8%	39.4%	34.8%
	7	44	11	55
		29.7%	33.3%	30.4%
	8	21	3	24
		14.2%	9.1%	13.3%
	9	33	6	39
		22.3%	18.2%	21.5%
Total		148	33	181
		100.0%	100.0%	100.0%

## APÊNDICE C

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva tudo ou nada com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-0,323	<0,001	-2,998	-	-	<0,001	-3,388	-	-	<0,001	-2,730	-	-	<0,001
TDAH	1,558	0,056	1,018	-	-	0,1432	0,990	-	-	0,1600	-	-	-	-
Presente	-	-	-	2,77	[0,71-10,82]	-	-	2,69	[0,68-10,7]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,351	0,700	-1,088	-	-	0,1804	-	-	-	-	-1,065	-	-	0,1845
Masculino	-	-	-	0,34	[0,07-1,66]	-	-	-	-	-	-	0,35	[0,07-1,66]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-17,277	0,994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 67,77; AIC<sup>2</sup>: 68,21; AIC<sup>3</sup>: 68,27; AIC<sup>4</sup>: 67,94

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,2473 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,2596 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,2696 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,2678 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva previsão do futuro com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,539	<0,001	-2,490	-	-	<0,001	-2,800	-	-	<0,001	-2,325	-	-	<0,001
TDAH	0,865	0,1842	0,711	-	-	0,2065	0,690	-	-	0,2256	-	-	-	-
Presente	-	-	-	2,04	[0,68-6,14]	-	-	1,99	[0,65-6,08]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,639	0,3527	-0,793	-	-	0,1733	-	-	-	-	-0,778	-	-	0,1816
Masculino	-	-	-	0,45	[0,14-1,42]	-	-	-	-	-	-	0,46	[0,15-1,44]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,520	0,6886	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 99,25; AIC<sup>2</sup>: 97,40; AIC<sup>3</sup>: 97,29; AIC<sup>4</sup>: 96,66

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3686 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3674 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3759 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3724 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva desqualificação do positivo com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,385	<0,001	-2,458	-	-	<0,001	-2,695	-	-	<0,001	-2,325	-	-	<0,001
TDAH	0,305	0,6851	0,600	-	-	0,2823	0,584	-	-	0,2962	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,82	[0,61-5,44]	-	-	1,79	[0,60-5,37]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,793	0,2366	-0,567	-	-	0,2880	-	-	-	-	-0,555	-	-	0,3022
Masculino	-	-	-	0,57	[0,20-1,61]	-	-	-	-	-	-	0,57	[0,20-1,65]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	0,733	0,5249	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 105,3; AIC<sup>2</sup>: 103,7; AIC<sup>3</sup>: 102,8; AIC<sup>4</sup>: 102,6

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3917 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3916 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3954 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3946 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva rotulação com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,385	<0,001	-2,409	-	-	<0,001	-2,695	-	-	<0,001	-2,325	-	-	<0,001
TDAH	1,227	0,0181	0,456	-	-	0,2823	0,584	-	-	0,2962	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,82	[0,61-5,44]	-	-	1,79	[0,60-5,37]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-1,199	0,1266	-0,567	-	-	0,2880	-	-	-	-	-0,555	-	-	0,3022
Masculino	-	-	-	0,57	[0,20-1,61]	-	-	-	-	-	-	0,57	[0,20-1,65]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	0,222	0,8392	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 105,3; AIC<sup>2</sup>: 106,0; AIC<sup>3</sup>: 102,8; AIC<sup>4</sup>: 102,6  
 Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3837 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3817 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3954 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3946 (p=1,0000)  
 RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF  
 \* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva leitura mental com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,933	<0,001	-1,955	-	-	<0,001	-2,358	-	-	<0,001	-1,749	-	-	<0,001
TDAH	0,770	0,0971	0,837	-	-	0,0413	0,808	-	-	0,0551	-	-	-	-
Presente	-	-	-	2,31	[1,03-5,16]	-	-	2,24	[0,98-5,12]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	1,245	0,0482	-1,148	-	-	0,0179	-	-	-	-	-1,130	-	-	0,0212
Masculino	-	-	-	0,32	[0,12-0,82]	-	-	-	-	-	-	0,32	[0,12-0,84]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	1,307	0,7859	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 131,78; AIC<sup>2</sup>: 129,85; AIC<sup>3</sup>: 133,74; AIC<sup>4</sup>: 130,77

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4621 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4598 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,4902 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,4736 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva generalização com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,028	<0,001	-1,955	-	-	<0,001	-2,289	-	-	<0,001	-1,686	-	-	<0,001
TDAH	1,201	0,0033	1,013	-	-	0,0052	0,9899	-	-	0,0083	-	-	-	-
Presente	-	-	-	2,76	[1,35-5,60]	-	-	2,69	[1,29-5,61]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,639	0,2212	-0,877	-	-	0,037	-	-	-	-	-0,854	-	-	0,0438
Masculino	-	-	-	0,42	[0,18-0,95]	-	-	-	-	-	-	0,43	[0,19-0,98]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,674	0,4493	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 143,4; AIC<sup>2</sup>: 141,87; AIC<sup>3</sup>: 144,06; AIC<sup>4</sup>: 145,01  
 Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4936 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4937 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,5143 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,5196 (p=1,0000)  
 RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva culpar com pontuação igual a 5 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-2,251	<0,001	-2,328	-	-	<0,001	-2,599	-	-	<0,001	-2,219	-	-	<0,001
TDAH	0,172	0,8166	0,508	-	-	0,3563	0,489	-	-	0,3749	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,66	[0,56-4,89]	-	-	1,63	[0,55-4,80]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,927	0,1582	-0,670	-	-	0,2003	-	-	-	-	-0,660	-	-	0,2106
Masculino	-	-	-	0,51	[0,18-1,43]	-	-	-	-	-	-	0,52	[0,18-1,45]	-
Feminino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TDAH:Sexo*	0,866	0,4492	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 109,97; AIC<sup>2</sup>: 108,48; AIC<sup>3</sup>: 108,07; AIC<sup>4</sup>: 107,18

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4066 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4072 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,4138 (p=0,9971); DR<sup>4</sup>: 0,4088 (p=1)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

## APÊNDICE D

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva tudo ou nada com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,846	<0,001	-1,896	-	-	<0,001	-2,053	-	-	9,3218	-1,75	-	-	<0,001
TDAH	0,459	0,365	0,646	-	-	0,0847	0,636	-	-	8,9973	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,91	[0,91-3,97]	-	-	1,89	[0,90-3,94]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,485	0,277	-0,355	-	-	0,3223	-	-	-	-	-0,34	-	-	0,3459
Masculino	-	-	-	0,70	[0,35-1,42]	-	-	-	-	-	-	0,71	[0,35-1,45]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	0,424	0,577	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 67,77; AIC<sup>2</sup>: 68,21; AIC<sup>3</sup>: 68,27; AIC<sup>4</sup>: 67,94

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,2473 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,2596 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,2696 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,2678 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva previsão do futuro com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,440	<0,001	-1,309	-	-	<0,001	-1,334	-	-	2,8730	-1,190	-	-	<0,001
TDAH	0,970	0,0006	0,547	-	-	0,0197	0,545	-	-	2,0368	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,73	[1,09-2,73]	-	-	1,72	[1,08-2,73]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	0,208	0,4505	-0,052	-	-	0,8181	-	-	-	-	-0,041	-	-	0,8576
Masculino	-	-	-	0,95	[0,61-1,48]	-	-	-	-	-	-	0,96	[0,61-1,50]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,962	0,0567	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 99,25; AIC<sup>2</sup>: 97,40; AIC<sup>3</sup>: 97,29; AIC<sup>4</sup>: 96,66

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3686 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3674 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3759 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3724 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva desqualificação do positivo com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,4404	<0,001	-1,441	-	-	<0,001	-1,596	-	-	1,2416	-1,431	-	-	<0,001
TDAH	0,054	0,9102	0,055	-	-	0,8815	0,045	-	-	9,0309	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,06	[0,51-2,19]	-	-	1,05	[0,50-2,17]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,351	0,2934	-0,351	-	-	0,2424	-	-	-	-	-0,350	-	-	0,2436
Masculino	-	-	-	0,70	[0,39-1,27]	-	-	-	-	-	-	0,70	[0,39-1,27]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	0,003	0,9967	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 105,3; AIC<sup>2</sup>: 103,7; AIC<sup>3</sup>: 102,8; AIC<sup>4</sup>: 102,6  
 Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3917 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3916 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3954 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3946 (p=1,0000)  
 RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF  
 \* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva rotulação com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-0,929	<0,001	-0,938	-	-	<0,001	-1,259	-	-	5,1464	-0,833	-	-	<0,001
TDAH	0,459	0,0557	0,494	-	-	0,0246	0,471	-	-	4,1523	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,64	[1,06-2,52]	-	-	1,60	[1,02-2,52]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,862	0,0040	-0,832	-	-	0,0007	-	-	-	-	-0,822	-	-	0,0009
Masculino	-	-	-	0,43	[0,27-0,70]	-	-	-	-	-	-	0,44	[0,27-0,71]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	0,108	0,8341	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 105,3; AIC<sup>2</sup>: 106,0; AIC<sup>3</sup>: 102,8; AIC<sup>4</sup>: 102,6

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,3837 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,3817 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,3954 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,3946 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva leitura mental com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,035	<0,001	-0,987	-	-	<0,001	-1,105	-	-	3,0561	-0,938	-	-	<0,001
TDAH	0,459	0,0879	0,255	-	-	0,2669	0,248	-	-	2,8943	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,29	[0,82-2,03]	-	-	1,28	[0,81-2,03]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,151	0,5221	-0,259	-	-	0,2091	-	-	-	-	-0,254	-	-	0,2181
Masculino	-	-	-	0,77	[0,51-1,16]	-	-	-	-	-	-	0,77	[0,52-1,16]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,4977	0,3149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 131,78; AIC<sup>2</sup>: 129,85; AIC<sup>3</sup>: 133,74; AIC<sup>4</sup>: 130,77

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4621 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4598 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,4902 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,4736 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva generalização com pontuação igua ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,073	<0,001	-1,067	-	-	<0,001	-1,386	-	-	2,0963	-0,966	-	-	<0,001
TDAH	0,497	0,0674	0,477	-	-	0,0527	0,455	-	-	7,8707	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,61	[0,99-2,61]	-	-	1,58	[0,95-2,62]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,806	0,0117	-0,823	-	-	0,0022	-	-	-	-	-0,814	-	-	0,0026
Masculino	-	-	-	0,44	[0,26-0,74]	-	-	-	-	-	-	0,44	[0,26-0,75]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
TDAH:Sexo*	-0,065	0,9109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 143,4; AIC<sup>2</sup>: 141,87; AIC<sup>3</sup>: 144,06; AIC<sup>4</sup>: 145,01

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4936 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4937 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,5143 (p=1,0000); DR<sup>4</sup>: 0,5196 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva conclusões precipitadas com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-0,963	<0,001	-0,996	-	-	<0,001	-1,190	-	-	1,0345	-0,911	-	-	<001
TDAH	0,270	0,3505	0,415	-	-	0,0675	0,402	-	-	7,7363	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,51	[0,97-2,36]	-	-	1,49	[0,96-2,34]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo	-0,541	0,0409	-0,450	-	-	0,0387	-	-	-	-	-0,442	-	-	0,0444
Masculino	-	-	-	0,64	[0,42-0,98]	-	-	-	-	-	-	0,64	[0,42-0,99]	-
Feminino	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TDAH:Sexo*	0,346	0,4564	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 74,51; AIC<sup>2</sup>: 62,84

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,2515 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4316 (p=1,0000)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação

**Razões de Frequência (RF) e coeficientes de regressão ( $\beta$ ) de Poisson para modelos brutos, ajustado e de interação para distorção cognitiva culpar com pontuação igual ou maior que 3 do CD-Quest-T.**

Variável	Modelo <sup>1</sup> com termo de interação		Modelo <sup>2</sup> ajustado				Modelo <sup>3</sup> bruto (TDAH)				Modelo <sup>4</sup> bruto (sexo)			
	$\beta$	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p	$\beta$	RF	[IC] 95%	Valor de p
Intercepto	-1,623	<0,001	-1,584	-	-	<0,001	-1,596	-	-	1,2416	-1,477	-	-	<0,001
TDAH	0,642	0,1060	0,498	-	-	0,0918	0,497	-	-	9,2069	-	-	-	-
Presente	-	-	-	1,64	[0,92-2,94]	-	-	1,64	[0,92-2,93]	-	-	-	-	-
Ausente	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo	0,054	0,8683	-0,025	-	-	0,9256	-	-	-	-	-0,016	-	-	0,9546
Masculino	-	-	-	0,97	[0,57-1,66]	-	-	-	-	-	-	0,98	[0,57-1,69]	-
Feminino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TDAH:Sexo*	-0,297	0,6164	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: Critério de Informação de Akaike (AIC): AIC<sup>1</sup>: 109,97; AIC<sup>2</sup>: 108,48; AIC<sup>3</sup>: 108,07; AIC<sup>4</sup>: 107,18

Desvio residual (DR)<sup>1</sup>: 0,4066 (p=1,0000); DR<sup>2</sup>: 0,4072 (p=1,0000); DR<sup>3</sup>: 0,4138 (p=0,9971); DR<sup>4</sup>: 0,4088 (p=1)

RF: Razão de Frequência; [IC]95%: Intervalo de confiança para RF

\* Termo de interação