

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos
Mental and behavioral symptoms are directly related to age in children with neurological disorders

Laura Chaves Zampoli¹
Nilton César Lima Santos²

RESUMO: Objetivos: Este trabalho tem por objetivo avaliar a presença de sintomas comportamentais mal adaptados relacionados aos transtornos de ansiedade, ao TDAH e em função de hábitos de sono irregulares em crianças com comorbidades neurológicas e sua comparação com características sócio-demográficas. **Métodos:** Realizou-se análise descritiva dos resultados e para comparar a pontuação dos instrumentos entre os sexos e locais de abordagem, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, enquanto que para a relação entre a idade e tais pontuações, aplicou-se o teste não paramétrico de correlação por postos de Spearman. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.6.2. **Resultados:** A distribuição de frequências das respostas a cada um dos itens do inventário dos hábitos de sono para crianças pré-escolares, observou correlação entre a pontuação de ritmicidade e a idade se mostrou significativa (valor p de 0,034), indicando uma relação inversa, isto é, quanto maior a idade da criança, menor tende a ser a pontuação de ritmicidade. Já em relação às comparações das pontuações entre os sexos e os locais de abordagem, não foram observadas evidências amostrais significativas de diferença das pontuações dos fatores, ao nível de 5% de significância, pelo teste de Wilcoxon. Para o Questionário Sobre o Comportamento do Sono, a média da pontuação foi de 60 pontos (do total de 130 pontos), com mediana de 64,50 e desvio padrão de 12,48 pontos, e nota-se que embora as crianças do sexo feminino tenham obtido uma pontuação mediana menor em 8 pontos em relação aos meninos, tal diferença não se mostrou significativa, ao nível de 5% de significância, assim como a diferença entre os locais e a correlação entre a idade e a pontuação do instrumento. Para a Escala SCARED nenhuma correlação entre a idade e os fatores do instrumento foi significativa, embora o coeficiente com o fator de ansiedade social indique uma correlação moderada a forte (0,705), sendo uma relação direta, isto é, quanto maior a idade, maior tende a ser a pontuação de ansiedade social. Para a escala SNAP IV, as pontuações médias e medianas do fator de desatenção (15,67 e 14,00 pontos, respectivamente) foram menores em relação ao fator de hiperatividade/impulsividade (16,11 e 15,00 pontos, respectivamente), assim como o desvio padrão. **Conclusões:** A presença de problemas de ritmicidade e sintomas de ansiedade social são diretamente relacionados à faixa etária.

Palavras-Chave: Ansiedade; Sono; TDAH; Transtornos Mentais; Injúrias Neurológicas.

ABSTRACT: Objectives: The aim of this study was to evaluate the presence of maladaptive behavioral symptoms related to anxiety disorders, ADHD and irregular sleep habits in children with neurological comorbidities and to compare them with socio-demographic characteristics. **Methods:** A descriptive analysis of the results was carried out and the Wilcoxon non-parametric test was used to compare the scores of the instruments between the sexes and places of approach, while the Spearman rank correlation non-parametric test was applied to the relationship between age and these scores. All the analyses were carried out using the R statistical environment (*R Development Core Team*, 2016), version 3.6.2. **Results:** The frequency distribution of the responses to each of the items in the sleep habits inventory for preschool children showed that the correlation between the rhythmicity score and age was significant (p-value of 0.034), indicating an inverse relationship, i.e. the older the child, the lower the rhythmicity score. As for comparisons of the scores between the sexes and the places where they were approached, there was no significant sample evidence of differences in the factor scores, at the 5% significance level, using the Wilcoxon test. For the Sleep Behavior Questionnaire, the average score was 60 points (out of a total of 130 points), with a median of 64.50 and a standard deviation of 12.48 points, and it can be seen that although the female children had a median score 8 points lower than the boys, this difference was not significant at the 5% significance level, as was the difference between the sites and the correlation

¹ Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Escola de Saúde, Curso de Medicina, São Caetano do Sul- SP, Brasil.

² Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Escola de Saúde, Curso de Medicina, São Caetano do Sul- SP, Brasil.

between age and the instrument score. For the SCARED Scale, no correlation between age and the instrument's factors was significant, although the coefficient with the social anxiety factor indicates a moderate to strong correlation (0.705), which is a direct relationship, i.e. the higher the age, the higher the social anxiety score tends to be. For the SNAP IV scale, the mean and median scores for the inattention factor (15.67 and 14.00 points, respectively) were lower than for the hyperactivity/impulsivity factor (16.11 and 15.00 points, respectively), as was the standard deviation. Conclusions: The presence of rhythmicity problems and social anxiety symptoms are directly related to age.

Keywords: Anxiety; Sleep; ADHD; Mental Disorders; Neurological Injuries.

INTRODUÇÃO

Crianças com injúrias neurológicas como por exemplo as com epilepsia, apresentam elevado risco para desenvolver comorbidades tais como: a ansiedade, distúrbios do sono, psicose, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), além de problemas de aprendizagem e suicídio (ILAE PEDIATRIC COMMISSION, 2018), e pelo menos metade destas crianças continuarão com os sintomas até a vida adulta (CARTWRIGHT-HATTON, 2006; STEENSEL & BÖGELS & PERRIN, 2011; FISHER, ACEVEDO, ARZIMANOGLU, 2014).

Já em relação ao sono, enquanto 20 a 30% das crianças com desenvolvimento típico apresentam insônia, as com desenvolvimento atípico 44% a 88% apresentam problemas relacionados ao sono (Richdale & Prior 1995), sendo que a quantidade de sono adequada é importante para a manutenção da função cerebral, regular o comportamento e o metabolismo (Lipton, 2008).

Este trabalho tem por objetivo avaliar a presença de sintomas comportamentais mal adaptados relacionados aos transtornos de ansiedade, ao TDAH e em função de hábitos de sono irregulares em crianças com comorbidades neurológicas, haja vista que são frequentes e interferem na qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo que os pais ou responsável por crianças com idade entre 2 a 14 anos, sem distinção de gênero, cujos filhos estivessem em acompanhamento neurológico no Centro de Atenção à Saúde Materno Infantil da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CASMI-USCS) e na Casa da Gestante do mesmo município, para responderem à 4 (quatro) questionários que avaliam sobre os hábitos e comportamentos do sono do filho(a), presença de sintomas de ansiedade e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) nos filhos.

Os questionários aplicados foram:

1. *Questionário Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-Escolares* avalia a presença de problemas do sono, através da coleta de informações fornecidas pelos pais ou responsáveis sobre os hábitos de sono de crianças de 2 a 6 anos de idade na última semana. São 17 questões a serem respondidas, cada resposta é numerada de 1 a 5, relacionada à frequência de ocorrência de eventos da rotina da hora de ir para cama, ritmicidade e problemas de separação. As respostas possíveis são: (1) fato não ocorrido nesta semana, (2) fato ocorrido 1 a 2 vezes nesta semana, (3) fato ocorrido 3 a 5 vezes nesta semana, (4) fato ocorrido 6 vezes nesta semana, e (5) fato ocorrido todos os dias.
2. O *Questionário Sobre o Comportamento do Sono* de crianças com idade de 7 a 14 anos, versão para pais, é composto por 29 questões relacionadas aos hábitos que antecedem a hora de dormir e do sono propriamente dito que acontecem rotineiramente com a criança. Cada questão possui 5 possibilidades de respostas, cada item numerado em um escore de 1 (nunca) a 5 (sempre), pela frequência de apresentação de cada item nas últimas 6 semanas. A soma final pode variar entre 26 a 130. Quanto maior o escore, maior será a quantidade de problemas relacionados ao sono, e, conseqüentemente, pior a qualidade do sono. As duas escalas foram validadas para a língua portuguesa por Batista, Bianca & Nunes, Magda. (2006).
3. A Escala de Transtornos Relacionados a Ansiedade Infantil "*Screen Child Anxiety Related Emotional Disorders*" (SCARED, Birmaher et al,1999) versão para pais, validada para o português por Barbosa et al é um instrumento de triagem para os principais transtornos de ansiedade prevalentes em crianças de 8 a 11 anos. É composta por 41 perguntas que descrevem os sentimentos das crianças nos últimos três meses. Deve ser respondida pelos pais. Para cada pergunta há três respostas, sendo a primeira: Não é ou raramente é verdadeiro, correspondente a zero (0) ponto; segunda resposta: pouco ou às vezes verdadeiro, correspondente a um (1) ponto; terceira resposta: muito ou frequentemente verdadeiro, correspondente a dois (2) pontos. Diante disso, um total de pontos ≥ 25 indica presença de transtorno de ansiedade. Escores > 30 são mais específicos para o transtorno de ansiedade. Um escore de 7 para os itens 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27,30, 34, 38 indica transtorno de pânico ou sintomas significativos. Escore de 9 para os itens 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 indica Ansiedade Generalizada. Escore de 5 para os itens 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 indica Transtorno de Ansiedade de Separação. Escore de 8 para os itens 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 indica transtorno de Ansiedade Social. Escore de 3 para os itens 2, 11, 17, 36 indica significativo prejuízo escolar.
4. A "*Escala Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire*" e, ou escala SNAP IV, versão para pais, é um instrumento de domínio público muito utilizado no diagnóstico clínico do TDAH em crianças entre 4 aos 16 anos, possui uma versão brasileira validada por Mattos P et al., 2005. A escala é constituída de 18 perguntas com relação ao comportamento da criança nos últimos 6 meses, sendo as 9 primeiras relativas a sintomas de desatenção, e os itens 10 a 18 são de perguntas referentes a hiperatividade/impulsividade. Para cada pergunta, assinala-se apenas uma resposta de 4 alternativas que são elas: "nem um pouco"; "só um pouco"; "bastante" e "demais". A interpretação das respostas é feita da seguinte forma: se pelo menos 06 itens marcados como "bastante" ou "demais" nas perguntas de 01 a 09, isso quer dizer que existem mais sintomas de desatenção do que o esperado numa criança ou adolescente; se pelo menos 06 itens marcados como "bastante" ou "demais" nas perguntas de 10 a 18, indicam mais sintomas de hiperatividade e impulsividade do que o esperado numa criança ou adolescente.

Os critérios de exclusão foram: inadequações ou desistências no preenchimento dos formulários, filhos sem transtornos neurológicos definidos, perda de acompanhamento nas

unidades de saúde participantes ou ter iniciado seguimento a partir de 05/06/2020 ou ainda a não concordância com o Termo de Consentimento Live

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar os participantes da pesquisa. Para descrição dos resultados serão utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas e a média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo para as variáveis numéricas.

Para comparar a pontuação dos instrumentos entre os sexos e locais de abordagem, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, enquanto que para a relação entre a idade e tais pontuações, aplicou-se o teste não paramétrico de correlação por postos de Spearman (1904), sendo que ambos os testes utilizam os postos das observações ordenadas, sendo métodos de nível ordinal.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.6.2.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da USCS, aprovado com o número do Parecer:4.126.042 de 30 de junho de 2020. Em função da pandemia pelo coronavírus a coleta dos dados foi suspensa e o convite para participação na pesquisa aos pais ou responsável foi realizado através de ligações telefônicas, onde foram esclarecidas questões sobre o projeto e, após aceito foram enviados questionários eletrônicos **versão para pais**, através de e-mail ou Whatsapp e respondidos no período de 08/02/2022 à 13/05/2022.

RESULTADOS

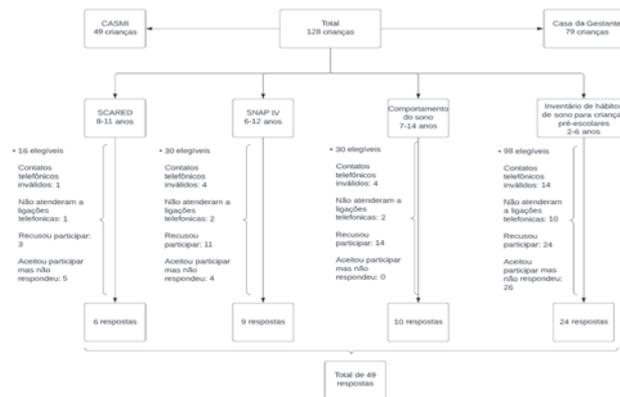
Dos 128 participantes elegíveis em acompanhamento na Casa da Gestante de São Caetano do Sul e do CASMI, foram coletadas informações de uma amostra de 37 crianças distintas, sendo que para cada uma foi aplicada um ou mais instrumentos, em uma lista dos 4 utilizados, de acordo com a faixa etária, os quais somaram 49 respostas (26 participantes responderam a apenas 1 questionário, 4 participantes responderam a 2 questionários e 5 participantes responderam a 3 questionários). Dentre as 49 respostas, 29 respostas aos questionários foram atribuídas para aqueles com crianças em acompanhamento na Casa da Gestante, cuja soma corresponde a 21 respostas ao questionário “Inventário de hábitos de sono para crianças pré-escolares”, 3 respostas ao questionário “Comportamento do Sono”, 2 respostas ao questionário “SCARED” e 3 respostas ao questionário “SNAP IV”. O restante das respostas totaliza 20 e advém daqueles acompanhados no CASMI, cuja soma corresponde

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos.

a 3 respostas ao questionário “Inventário de hábitos de sono para crianças pré-escolares”, 7 respostas ao questionário “Comportamento do Sono”, 4 respostas ao questionário “SCARED” e 6 respostas ao questionário “SNAP IV”.

O resumo dos dados de coleta e exclusões realizadas são apresentados na figura 1. Abaixo:

Figura 1: fluxograma



Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-escolares

Tabela 1 Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos respondentes ao instrumento de sono (2 a 6 anos).

Variável	Frequência absoluta	%
Sexo		
Feminino	8	33,33%
Masculino	16	66,67%
Idade		
2 anos	6	25,00%
3 anos	9	37,50%
4 anos	6	25,00%
5 anos	2	8,33%
6 anos	1	4,17%
Local		
Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP)	21	87,50%
Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS (CASMI)	3	12,50%

Observa-se na Tabela 1 que dois terços das 24 crianças cujas mães responderam ao inventário dos hábitos de sono para crianças pré-escolares são do sexo masculino, e mais de 60% possui 2 ou 3 anos de idade, sendo que o instrumento é indicado para a faixa etária de 2 a

6 anos. Ainda, nota-se que a grande maioria (87,50%) foram atendidos na Casa da Gestante de São Caetano do Sul.

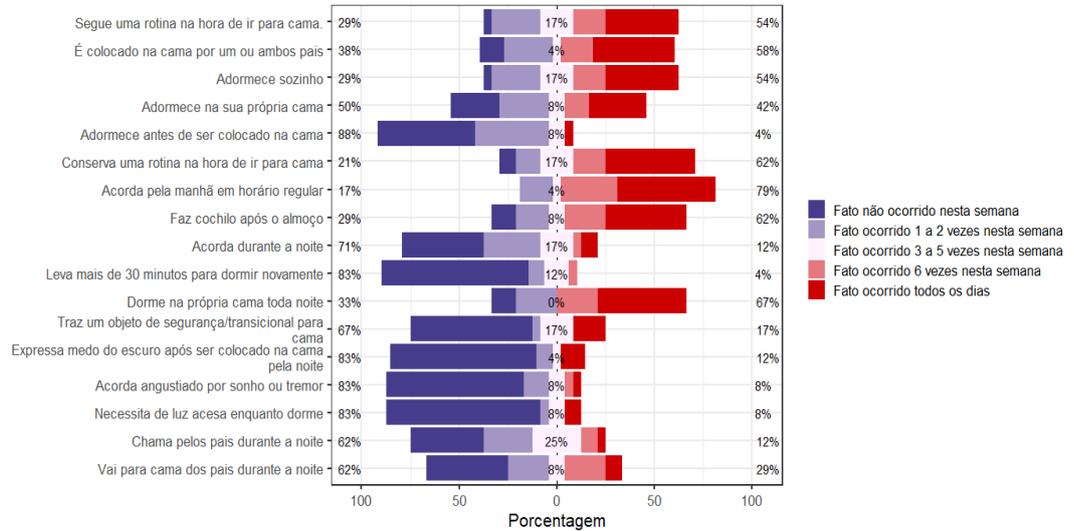


Figura 1 – Distribuição de frequências das respostas ao instrumento de sono (2 a 6 anos).

A Figura 1 apresenta a distribuição de frequências das respostas a cada um dos itens do inventário dos hábitos de sono para crianças pré-escolares, destacando-se que o item “Acorda pela manhã em horário regular” foi o que apresentou a maior porcentagem de respostas que indicam que o fato ocorre 6 vezes ou todos os dias na respectiva semana (79%), enquanto que o item cujo fato não ocorreu ou ocorreu de 1 a 2 vezes na semana com mais frequência foi o “Adormece antes de ser colocado na cama”.

Tabela 2 – Medidas descritivas das pontuações dos fatores do instrumento de sono (2 a 6 anos).

Fator	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Rotina para ir para cama	15,33	3,64	9,00	15,00	23,00
Ritmidade	18,75	4,72	10,00	19,50	26,00
Problemas de Separação	11,33	4,76	6,00	9,00	23,00

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos.

Considerando os três fatores do instrumento em questão, nota-se na Tabela 2 que a ritmicidade foi o que apresentou a maior pontuação média e mediana, de 18,75 e 19,50 pontos, respectivamente, com desvio padrão de 4,72 pontos, enquanto que os menores valores referem-se ao fator de problemas de separação, com média de 11,33 pontos, mediana de 9 pontos e desvio padrão de 4,76 pontos, o maior entre os fatores.

Tabela 3 – Comparação das pontuações (medianas) dos fatores do instrumento de sono (2 a 6 anos), entre as características sociodemográficas.

Fator	Sexo			Local			Idade	
	Feminino	Masculino	Valor p	CG	CASMI	Valor p	r_s	Valor p
Rotina para ir para cama	16,00	14,50	1,000	15,00	14,00	0,292	-0,048	0,825
Ritmicidade	18,00	21,00	0,829	22,00	19,00	0,538	-0,435	0,034*
Problemas de Separação	9,50	9,00	0,353	10,00	9,00	0,627	-0,182	0,395

*valor p < 0,05;

CG: Casa da Gestante

de São Caetano do Sul (SP);

CASMI: Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS.

Pela Tabela 3, vê-se que apenas a correlação entre a pontuação de ritmicidade e a idade se mostrou significativa (valor p de 0,034), de acordo com os resultados do teste de correlação de Spearman, sendo que o coeficiente observado foi de -0,435, indicando uma relação inversa, isto é, quanto maior a idade da criança, menor tende a ser a pontuação de ritmicidade.

Já em relação às comparações das pontuações entre os sexos e os locais de abordagem, não foram observadas evidências amostrais significativas de diferença das pontuações dos fatores, ao nível de 5% de significância, pelo teste de Wilcoxon.

Questionário Sobre o Comportamento do Sono

Tabela 4 – Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos respondentes ao instrumento de sono (7 a 14 anos).

Variável	Frequência absoluta	%
Sexo		
Feminino	5	50,00%
Masculino	5	50,00%
Idade		
7 anos	3	30,00%
9 anos	2	20,00%
10 anos	2	20,00%

11 anos	1	10,00%
14 anos	2	20,00%
Local		
Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP)	3	30,00%
Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS (CASMI)	7	70,00%

As 10 crianças cujas mães responderam ao questionário sobre comportamento do sono se distribuem igualmente entre os sexos e metade possui 7 ou 9 anos, sendo que o instrumento é destinado a crianças de 7 a 14 anos, como apresentado na Tabela 4. Também se nota que 70% dos respondentes foram abordados no Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS.

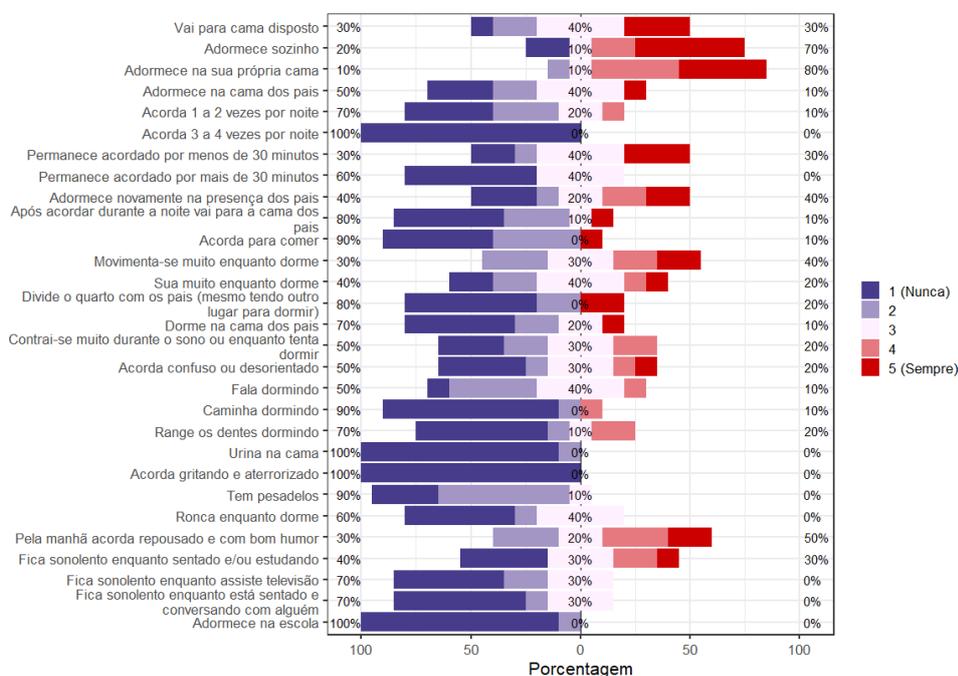


Figura 2 – Distribuição de frequências das respostas ao instrumento de sono (7 a 14 anos).

Os itens que compõem o questionário sobre comportamento do sono possuem uma escala de 5 pontos, de 1 (nunca) a 5 (sempre), sendo que os itens 1, 2, 3 e 25 tiveram sua escala invertida. Os itens que apresentaram maiores frequências de resposta 4 e 5 foram o “Adormece na sua própria cama” (80%) e “Adormece sozinho” (70%), ao passo que para 4 dos 28 itens, todos os respondentes indicaram as opções 1 ou 2, sendo eles “Acorda 3 a 4 vezes por noite”, “Urina na cama”, “Acorda gritando e aterrorizado” e “Adormece na escola”, como apresentado na Figura 2.

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos.

Tabela 5 – Medidas descritivas das pontuações dos fatores do instrumento de sono (7 a 14 anos).

Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
60,00	12,48	41,00	64,50	75,00

O questionário sobre comportamento do sono possui apenas uma pontuação geral, sendo que pela Tabela 5, vê-se que a média da pontuação foi de 60 pontos, com mediana de 64,50 e desvio padrão de 12,48 pontos.

Tabela 6 – Comparação das pontuações (medianas) dos fatores do instrumento de sono (7 a 14 anos), entre as características sociodemográficas.

Sexo			Local			Idade	
Feminino	Masculino	Valor p	CG	CASMI	Valor p	r_s	Valor p
55,00	70,00	0,295	55,00	67,00	0,999	-0,022	0,952

*valor p < 0,05; CG: Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP); CASMI: Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS.

Pela Tabela 6, nota-se que embora as crianças do sexo feminino tenham obtido uma pontuação mediana menor em 8 pontos em relação aos meninos, tal diferença não se mostrou significativa, ao nível de 5% de significância, assim como a diferença entre os locais e a correlação entre a idade e a pontuação do instrumento.

Escala de Transtornos Relacionados a Ansiedade Infantil

Tabela 7 – Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos respondentes ao instrumento Scared.

Variável	Frequência absoluta	%
Sexo		
Feminino	1	16,67%
Masculino	5	83,33%
Idade		
9 anos	3	50,00%
10 anos	2	33,33%
11 anos	1	16,67%
Local		
Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP)	2	33,33%
Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS (CASMI)	4	66,67%

Observa-se na Tabela 7 que todos as 6 crianças cujos pais responderam a escala de transtornos relacionados a ansiedade infantil possuem de 9 a 11 anos, sendo que a maioria delas são do sexo masculino (83,33%), assim como dois terços foi abordada do Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil.

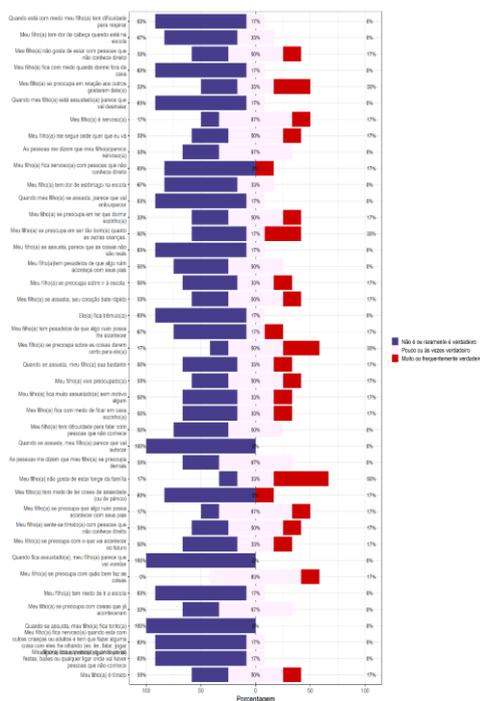


Figura 3 – Distribuição de frequências das respostas ao instrumento Scared.

A Figura 3 apresenta a distribuição de frequências das respostas aos 41 itens da escala de transtornos relacionados a ansiedade infantil, que possui três alternativas, destacando-se que para nenhum deles a alternativa “Muito ou frequentemente verdadeiro” foi a mais citada, ao passo que para 3 itens, todas as respostas foram “Pouco ou às vezes verdadeiro”, sendo eles “Quando se assusta, meu filho(a) parece que vai sufocar”, “Quando fica assustado(a) meu filho(a) parece que vai vomitar” e “Quando se assusta, meu filho(a) fica tonto(a).

Tabela 8 – Medidas descritivas das pontuações dos fatores do instrumento Scared.

Fator	Média	Desvio padrão	Mínimo	Median a	Máximo
Transtorno de pânico	23,00	14,46	1,00	25,50	37,00
Ansiedade generalizada	4,00	2,90	0,00	4,00	8,00

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos.

Ansiedade de separação	de 8,00	5,06	1,00	9,50	14,00
Ansiedade social	5,83	4,40	0,00	4,50	12,00
Prejuízo escolar	3,67	3,50	0,00	3,50	10,00
Geral	1,50	1,76	0,00	1,00	4,00

Pela Tabela 8, vê-se que a pontuação média geral ao instrumento foi de 23,00 pontos, com mediana de 25,50 pontos, ressaltando-se que cada fator possui um intervalo de variação diferente, de acordo com a quantidade de itens que possui.

A escala ainda possui algumas classificações, sendo que 50% foi classificado com transtorno de ansiedade (pontuação geral maior ou igual a 30 pontos), 17% com transtorno de pânico (pontuação maior que 7 no fator), 50% com ansiedade generalizada (pontuação maior que 9 no fator), 33% com ansiedade de separação (pontuação maior que 5 para o fator), 17% com ansiedade social (pontuação maior que 8 para o fator) e 17% com prejuízo escolar (pontuação maior que 3).

Tabela 9 – Comparação das pontuações (medianas) dos fatores do instrumento Scared entre as características sociodemográficas.

Fator	Sexo			Local			Idade	
	Feminino	Masculino	Valor p	CG	CASMI	Valor p	r_s	Valor p
Geral	13,00	32,00	0,667	22,50	27,50	0,800	0,062	0,908
Transtorno de pânico	2,00	5,00	0,667	4,00	4,00	1,000	0,309	0,552
Ansiedade generalizada	3,00	11,00	0,552	7,00	9,50	1,000	-0,063	0,906
Ansiedade de separação	4,00	5,00	0,766	8,00	4,50	0,639	-0,329	0,525
Ansiedade social	4,00	3,00	0,766	2,50	3,50	1,000	0,705	0,118
Prejuízo escolar	0,00	2,00	0,534	1,00	1,50	0,806	-0,098	0,853

*valor p < 0,05; CG: Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP); CASMI: Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS.

Observa-se na Tabela 9 que nenhuma correlação entre a idade e os fatores do instrumento SCARED foi significativa, embora o coeficiente com o fator de ansiedade social indique uma correlação moderada a forte (0,705), sendo uma relação direta, isto é, quanto maior a idade, maior tende a ser a pontuação de ansiedade social. Para nenhuma das comparações das pontuações entre os sexos e locais apresentou evidências amostrais suficientes de diferença significativa, ao nível de 5% de significância.

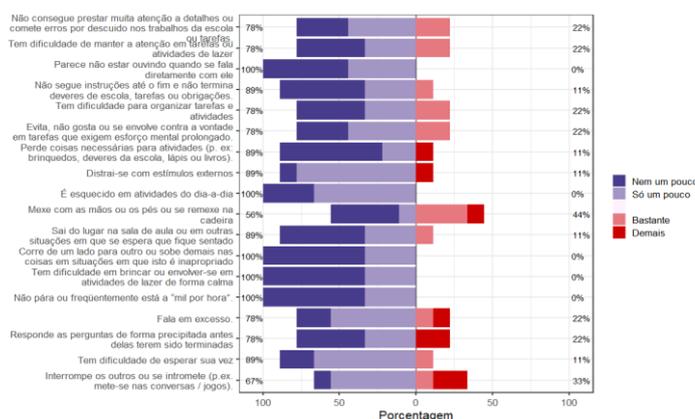
Escala Swanson, Nolan e Pelham - SNAP IV

Tabela 10 – Distribuição de frequências das características sociodemográficas dos respondentes ao instrumento SNAP IV.

Variável	Frequência absoluta	%
Sexo		
Feminino	3	33,33%
Masculino	6	66,67%
Idade		
6 anos	1	11,11%
7 anos	2	22,22%
9 anos	3	33,33%
10 anos	2	22,22%
11 anos	1	11,11%
Local		
Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP)	3	33,33%
Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS (CASMI)	6	66,67%

No total, 9 pais responderam a escala Swanson, Nolan e Pelham (SNAP IV), sendo que os filhos possuem idades que variam dos 6 aos 11 anos, dois terços são do sexo masculino e dois terços foram abordados no CASMI, como apresentado na Tabela 10.

Figura 4 – Distribuição de frequências das respostas ao instrumento SNAP IV.



Pela Figura 4 vê-se que entre os itens do SNAP IV, nenhum apresentou predominância de respostas “Bastante” ou “Demais”, destacando-se apenas o item “Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira”, com 44% das respostas correspondentes a tais alternativas. Por outro lado, todos os entrevistados responderam “Nem um pouco” ou “Só um pouco” para os itens “Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele”, “É esquecido em atividades do dia-a-dia”, “Corre de um lado para outro ou sobe demais nas

Sintomas mentais e comportamentais estão diretamente relacionados a idade em crianças com transtornos neurológicos.

coisas em situações em que isto é inapropriado”, “Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma” e “Não para ou frequentemente está a mil por hora”.

Tabela 11 – Medidas descritivas das pontuações dos fatores do instrumento SNAP IV.

Fator	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Desatenção	15,67	5,07	10,00	14,00	23,00
Hiperatividade/Impulsividade	16,11	5,35	10,00	15,00	24,00

Observa-se na Tabela 11 que as pontuações médias e medianas do fator de desatenção (15,67 e 14,00 pontos, respectivamente) foram menores em relação ao fator de hiperatividade/impulsividade (16,11 e 15,00 pontos, respectivamente), assim como o desvio padrão.

Tabela 12 – Comparação das pontuações (medianas) dos fatores do instrumento SNAP IV, entre as características sociodemográficas.

Fator	Sexo			Local			Idade	
	Feminino	Masculino	Valor p	CG	CASMI	Valor p	η^2	Valor p
Desatenção	11,00	18,00	0,118	11,00	15,50	0,515	0,315	0,409
Hiperatividade/ Impulsividade	15,00	15,00	1,000	23,00	14,50	0,300	-0,039	0,921

*valor p < 0,05; CG: Casa da Gestante de São Caetano do Sul (SP); CASMI: Centro de Assistência à Saúde Materno-Infantil da USCS.

Por fim, vê-se na Tabela 12 que não há evidências amostrais suficientes de diferença significativa das pontuações dos fatores do SNAP VI entre os sexos e entre os locais, assim como não há indícios de correlação significativa de tais pontuações com a idade da criança, ao nível de 5% de significância.

DISCUSSÃO

De acordo com a Classificação Internacional de Transtornos de Sono (ICSD III, 2014) ritmos circadianos são ritmos biológicos (endógenos) com duração de aproximadamente 24 horas que existem em todos os organismos vivos. Esse relógio interno é sincronizado ou acompanha o ciclo claro-escuro (noite-dia) da terra, existindo, porém, uma ligeira oscilação superior a 24 horas.

Matricciani (2012) refere que o número de horas que as crianças dormem tem diminuído devido a fatores sociais da vida moderna e para um sono ideal é importante que o tempo total de sono corresponda ao tempo do ritmo circadiano e a propensão de adormecer e despertar. Assim, o transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano é definido com um desacoplamento entre o ritmo endógeno e o meio ambiente, estão mais frequentemente associados a atrasos ou avanços de fase ou ainda ritmos circadianos irregulares, apresentam frequência aproximada de 7% (NUNES, ML 2015) e são bem menos frequentes que a Insônia (30%). Tais problemas de ritmicidade são mais frequentemente observados em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento ou neurodegenerativos e outros fatores possíveis é que em idade escolar, a partir dos 5 anos as rotinas sociais como a escola por exemplo são mais costumeiras ou ainda estas crianças possam estar institucionalizadas ou em ambientes com baixa exposição solar.

Os hábitos que denotam ritmicidade para o Inventário dos Hábitos de Sono em crianças pré-escolares são:

- conserva uma rotina da hora de ir para cama;
- acorda pela manhã em horário regular;
- faz cochilo após o almoço;
- acorda durante à noite;
- leva mais de 30 minutos para dormir novamente;
- Dorme na própria cama toda à noite.

Nesta pesquisa, a maioria das crianças apresentaram boa rotina e não apresentam problemas de separação, como o medo, por exemplo, e possuem hábitos relacionados a um bom ritmo entre medidas ambientais e ciclo, entretanto, observou correlação entre a pontuação de ritmicidade e a idade se mostrou significativa (valor p de 0,034), indicando uma relação inversa, isto é, quanto maior a idade da criança, menor tende a ser a pontuação de ritmicidade.

Já em relação às comparações das pontuações entre os sexos e os locais de abordagem, não foram observadas evidências amostrais significativas de diferença das pontuações dos fatores, ao nível de 5% de significância, pelo teste de Wilcoxon.

Para a escala Swanson, Nolan e Pelham (SNAP IV), nenhum apresentou predominância de respostas “Bastante” ou “Demais”, itens necessários para auxílio na definição do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, destacando-se apenas o item

“Mexer com as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira”, com 44% das respostas correspondentes a tais alternativas. As pontuações médias e medianas do fator de desatenção (15,67 e 14,00 pontos, respectivamente) foram menores em relação ao fator de hiperatividade/impulsividade (16,11 e 15,00 pontos, respectivamente), assim como o desvio padrão. Fato este, provavelmente, porque os sintomas de hiperatividade, com ou sem a presença do transtorno, são mais comuns em crianças do sexo masculino e prematuras.

Para a Escala de Transtornos Relacionados a Ansiedade Infantil nenhuma correlação entre a idade e os fatores do instrumento SCARED foi significativa, embora o coeficiente com o fator de ansiedade social indique uma correlação moderada a forte (0,705), sendo uma relação direta, isto é, quanto maior a idade, maior tende a ser a pontuação de ansiedade social. Salienta-se que a idade média de surgimento dos Transtornos de Ansiedade Social é aos 13 anos, enquanto os transtornos de ansiedade de separação são frequentes em menores de 12 anos de idade.

CONCLUSÃO

Embora esta pesquisa apresente limitações estatísticas, concluímos que os problemas de ritmicidade estão diretamente relacionados à idade, sendo que o mesmo possa ocorrer com os sintomas de ansiedade social.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: diagnostic and coding manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Barbosa, G.A et al. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. Rev Neuropsiq da Inf e Adol. 2002;10(1):34-47.
3. Batista, Bianca & Nunes, Magda. (2006). **Validação para língua portuguesa de duas escalas para avaliação de hábitos e qualidade de sono em crianças**. Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology. 12. 10.1590/S1676-26492006000500006.
4. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Available from: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>>.

5. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. **Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Oct;38(10):1230-6. doi: 10.1097/00004583-199910000-00011. PMID: 10517055.
6. Cartwright-Hatton, S. (2006). **Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities.** *Clinical Psychology Review*, 26(7), 813–816. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.001
7. Craske, M., & Barlow, D. (1999). **Transtorno de pânico e agorafobia.** In D. Barlow (Org.), **Manual clínico dos transtornos psicológicos.** Porto Alegre: Artmed.
8. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A et al. **A practical clinical definition of epilepsy.** ILAE official report. *Epilepsia* 2014; 55: 475-82
9. Gibbons, J. G.; Chakraborti, S. **Nonparametric Statistical Inference, Fourth Edition: Revised and Expanded.** Quarta edição. Publisher Taylor & Francis, 2014.
10. Lipton, J., Becker, R. E., & Kothare, S. V. (2008). **Insomnia of childhood.** *Current Opinion in Pediatrics*, 20(6), 641–649. doi:10.1097/mop.0b013e32831897cb
11. MATTOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria Antonia; ROHDE, Luis Augusto e PINTO, Diana. **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* [online]. 2006, vol.28, n.3 [cited 2020-06-20], pp.290-297. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300008>.
12. Nunes ML, Bruni O. **Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach.** *J Pediatr (Rio J).* 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1):S26-35. doi: 10.1016/j.jped.2015.08.006. Epub 2015 Sep 21. PMID: 26392218.
13. R Development Core Team., **R: a language and environment for statistical computing.** **R Foundation for Statistical Computing:** Vienna, Austria, 2015. Disponível em:<<http://www.Rproject.org>>
14. Richdale AL, Prior MR. **The sleep/wake rhythm in children with autism.** *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1995 Jul;4(3):175-86. doi: 10.1007/BF01980456. PMID: 8846206.
15. **Systematic review of the screening, diagnosis, and management of ADHD in children**

with epilepsy. Consensus paper of Task Force on Comorbidities of the ILAE Pediatric Commission. 31 July 2018. DOI 10.1111/epi.1454).

16. Van Steensel FJ, Bögels SM, Perrin S. **Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis.** *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(3):302–17. An importante systematic review and meta- analysis of 31 studies involving 2121 young people with ASD evaluating the presence of anxiety disorders in this clinical population using standardized questionnaires or diagnostic interviews).
17. SHESKIN, David. **Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures:** Third Edition. Chapman & Hall/CRC, 2003.
18. Spearman, C. **The Proof and Measurement of Association between Two Things.** *The American Journal of Psychology.* 15.1: 72-101, 1904.