



**PSICOEDUCAÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Clarissa Tochetto de Oliveira

Tese de Doutorado

Porto Alegre/RS, 2017

**PSICOEDUCAÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Clarissa Tochetto de Oliveira

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia sob orientação da Prof^a. Dr^a.
Ana Cristina Garcia Dias.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Dezembro, 2017

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos

À minha orientadora, professora doutora Ana Cristina, que me acolheu em seu grupo de pesquisa em 2010 como aluna de iniciação científica e vem me acompanhando desde então. Muito obrigada pela orientação competente, cuidadosa e afetiva do meu trabalho de conclusão de curso de graduação, da minha dissertação de mestrado e, agora, da minha tese de doutorado. Obrigada ainda por sempre me incentivar a crescer, a aproveitar as oportunidades e a dar continuidade à carreira acadêmica;

Aos professores doutores Carolina Lisboa, Sílvio Vasconcellos e Clarissa Trentini, que aceitaram compor a banca examinadora e ofereceram contribuições para o aperfeiçoamento da presente tese de doutorado;

Aos meus pais, que me proporcionam até hoje os recursos emocionais e materiais para o meu desenvolvimento;

Ao meu grande amigo Bernardo Peres, que sempre se faz presente pelo carinho e amparo mesmo em outro hemisfério. Obrigada pela amizade de todos esses anos;

À Lauren Terroso, Melina Lima e Bruna Wendt, pela companhia durante o tempo que morei em Porto Alegre e pela amizade que se mantém desde então;

Ao meu namorado, Fabrício Bulcão, pelo carinho e compreensão;

À Pantufa, minha porquinha medonha, que me alegra todos os dias;

À Naiana Patias, por todo suporte emocional para ingressar e sair do doutorado;

Aos amigos que ajudaram na divulgação da pesquisa para que a coleta fosse finalizada dentro do prazo;

Aos participantes da pesquisa, em especial àqueles que leram a cartilha na íntegra e responderam até o fim.

Sumário

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	07
RESUMO	08
ABSTRACT	09
Introdução	10
TDAH em estudantes universitários	12
Psicoeducação do TDAH em estudantes universitários	17
I. Como a psicoeducação pode auxiliar no tratamento de transtornos mentais?	21
Introdução	23
Psicoeducação	24
Método	27
Resultados e discussão	28
Psicoeducação como intervenção independente	28
Psicoeducação como estratégia componente de um tratamento	33
Como a psicoeducação auxilia na busca de tratamento	35
Como a psicoeducação auxilia na aderência ao tratamento	38
Como a psicoeducação melhora a sintomatologia	39
Considerações finais	40
Referências	42
II. Psychoeducation for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: what, how and who shall we inform?	50
Introduction	52
Method	54
Results and discussion	56

Concept of psychoeducation	60
Focus of ADHD psychoeducation	61
Target population	63
Variables related to the ADHD psychoeducation	64
Characteristics of interventions in ADHD psychoeducation	65
Final considerations	71
References	72
III. Fontes de informações sobre saúde mental utilizadas por adultos brasileiros	81
Introdução	82
Método	86
Participantes	86
Instrumentos	87
Procedimentos	88
Análise dos dados	89
Resultados	89
Discussão	91
Conclusão	94
Referências	95
IV. Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para estudantes universitários	100
Introdução	101
Método	104
Participantes	104
Instrumentos	104
Procedimentos	106

Resultados	107
Discussão	110
Referências	114
Considerações finais	117
Considerações metodológicas	118
Desdobramentos para a prática	120
Desdobramentos para a pesquisa	124
Referências	127
Anexos	138
A. Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa	138
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico e instrumentos	143
C. Cartilha: TDAH em estudantes universitários	169

Lista de tabelas e figuras

I. Como a psicoeducação pode auxiliar no tratamento de transtornos mentais?	21
Figura 1. Sistematização das funções da psicoeducação	42
II. Psychoeducation for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: what, how and who shall we inform?	50
Figure 1. Screening procedures of retrieved articles	55
Table 1. Characteristics of ADHD psychoeducation in this sample of articles	57
Table 2. Characteristics of ADHD psychoeducation interventions	67
III. Fontes de informações sobre saúde mental utilizadas por adultos brasileiros	81
Tabela 1. Frequência (%) de uso das fontes de informação sobre saúde mental	90
Tabela 2. Diferença no número de participantes que prefere e que costuma utilizar fontes de informação sobre saúde mental	90
IV. Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade para estudantes universitários	100
Tabela 1. Escores de conhecimentos sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha	107
Tabela 2. Frequência (%) de respostas corretas sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha	109
Considerações finais	117
Figura 1. Integração dos resultados dos quatro estudos	124

Resumo

O objetivo desta tese foi investigar o impacto do conhecimento sobre o TDAH em estudantes universitários. O primeiro capítulo é uma revisão narrativa da literatura que caracteriza a psicoeducação como uma estratégia de oferta de informações sobre saúde mental válida para: favorecer a busca de ajuda e adesão ao tratamento, reduzir o estigma associado às doenças mentais e ensinar formas de manejo dos sintomas. O segundo capítulo é uma revisão sistemática da literatura sobre a psicoeducação do TDAH, que sugere a necessidade de elaborar intervenções psicoeducativas para estudantes universitários com TDAH. O terceiro capítulo investiga as fontes de informação utilizadas por adultos brasileiros para buscar informações sobre saúde mental e sinaliza a necessidade de combinar a credibilidade das informações científicas com a acessibilidade da Internet. O quarto capítulo avalia uma cartilha online sobre TDAH em estudantes universitários. Este material foi efetivo para a psicoeducação do TDAH na amostra estudada.

Palavras-chave: psicoeducação, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, estudantes universitários

Psychoeducation of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in college students

The purpose of this thesis was to investigate the impact ADHD knowledge in college students. The first chapter is a narrative review of the literature that characterizes psychoeducation as a strategy for providing valid mental health information to: favor the search for help and adherence to treatment, reduce the stigma associated with mental illness, and teach ways of managing the symptoms. The second chapter is a systematic review of the literature on the psychoeducation of ADHD, which suggests the need to develop psychoeducational interventions for college students with ADHD. The third chapter investigates the sources of information used by Brazilian adults to seek information about mental health and signals the need to combine the credibility of scientific information with the accessibility of the Internet. The fourth chapter evaluate an online booklet on ADHD in college students. This material was effective for the psychoeducation of ADHD in the sample studied.

Keywords: psychoeducation, attention deficit/hyperactivity disorder, college students

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico que se caracteriza por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). Esses sintomas são decorrentes do atraso no desenvolvimento da inibição de comportamento. A dificuldade de inibir reações impulsivas e de considerar o futuro nas decisões faz com que os indivíduos guiem seu comportamento com base em recompensas imediatas em vez de gratificações que possam obter no futuro (Barkley, 2002). Os sintomas iniciam antes dos 12 anos e interferem no funcionamento social, familiar e acadêmico/profissional (APA, 2013).

A prevalência do TDAH é de 5% em crianças (APA, 2013) e pode persistir na vida adulta em, aproximadamente, 70% dos casos diagnosticados na infância (Lara et al., 2009). Contudo, há evidências de que o TDAH pode surgir após os 18 anos (*late-onset*). Em um estudo realizado na Inglaterra e País de Gales com 166 adultos com TDAH, 112 (67,5%) não preenchiem os critérios diagnósticos para o transtorno na infância, embora apresentassem os sintomas e prejuízos associados ao transtorno na vida adulta (Agnew-Blais et al., 2016). Os autores argumentam que o TDAH adulto pode ser mais complexo do que apenas uma continuação do transtorno diagnosticado na infância. Uma explicação para isso é que as pessoas diagnosticadas com TDAH apenas na vida adulta, já poderiam apresentar o transtorno na infância, mas talvez seus sintomas foram mascarados por fatores protetivos, tais como apoio do ambiente familiar ou habilidades cognitivas altamente desenvolvidas. Nesses casos, os sintomas desse transtorno não causaram prejuízos até que o indivíduo se deparasse com maiores demandas acadêmicas ou profissionais. Outra explicação possível é que o TDAH adulto é um transtorno diferente do TDAH infantil, visto que apresenta uma proporção equivalente entre os gêneros (1:1 em adultos, 2:1 em crianças do sexo masculino) e uma menor taxa de herdabilidade (Agnew-Blais et al., 2016).

Além disso, a realização do diagnóstico na vida adulta pode ser problemática. Em estudo realizado no Reino Unido para identificar os prejuízos do TDAH em pacientes adultos, verificou-se que 45% da amostra recebeu o diagnóstico do TDAH após os 18 anos de idade, sendo que o processo diagnóstico levou mais de um ano e foi realizado apenas após a visita a pelo menos três profissionais (Pitts, Mangle, & Asherson, 2015). As taxas de diagnóstico e de tratamento não excedem as estimativas de prevalência do TDAH na população mundial, de forma que o número de pessoas diagnosticadas e tratadas para este transtorno ainda é menor que o número de casos existentes na população. Isso ocorre pela falta de reconhecimento do transtorno por parte das pessoas para que possam buscar ajuda (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014).

Adultos com TDAH tendem a experimentar diferentes prejuízos decorrentes dos sintomas, que podem interferir nos seus níveis de satisfação com a vida familiar, social e profissional (Biederman et al., 2006). Em termos afetivos, podem apresentar baixa tolerância à frustração, instabilidade do humor e baixa autoestima (Conners, 2009). Podem demonstrar dificuldades em esperar sua vez de falar, respondendo precipitadamente e interrompendo os demais (Kooij et al., 2010). Em termos legais, é comum o envolvimento de adultos com TDAH em acidentes ou infrações de trânsito (Ramos-Quiroga et al., 2012). A propensão dessas pessoas a sofrer acidentes pode ser compreendida a partir de suas dificuldades em controlar os impulsos, uma vez que falham ao considerar antecipadamente as consequências de seus atos. Isso também pode explicar as dificuldades que podem apresentar no controle dos gastos, pois tendem a comprar por impulso, sem avaliar seu orçamento (Barkley, 2002). No contexto acadêmico, pessoas com TDAH possuem menor probabilidade de concluir os níveis de ensino médio e superior (Biederman et al., 2006), uma vez que enfrentam dificuldades de adaptação à universidade e tendem a apresentar desempenho acadêmico mais baixo quando comparados aos pares sem o transtorno (Advokat, Lane, & Luo, 2011; Oliveira & Dias, 2015). Os adultos com

TDAH podem não ser pontuais, perder prazos, apresentar problemas em obedecer a regras ou, ainda, trabalhar em excesso para compensar suas dificuldades de desempenho (Wasserstein, 2005). Esses aspectos podem ter um impacto negativo sobre esses indivíduos, pois, frequentemente, são considerados distraídos e não confiáveis (Silva, Louzã, & Vallada, 2006).

TDAH em estudantes universitários

O interesse em pesquisar TDAH em estudantes universitários é relativamente recente (Weyandt & DuPaul, 2006). As pesquisas sobre o transtorno nessa população começaram na década de 90 e têm crescido cada vez mais nos últimos anos (Green & Rabiner, 2012), principalmente devido ao número de estudantes de ensino médio com TDAH ingressando no ensino superior (Weyandt & DuPaul, 2008). Não há estudos que informem a prevalência do TDAH em estudantes universitários brasileiros. Na ausência desses dados, as melhores estimativas costumam ser obtidas de estudos que indicam a porcentagem de estudantes universitários que relatam sintomas clinicamente significativos do TDAH (DuPaul, Weyandt, O'Dell, & Varejao, 2009). Em um estudo realizado com 510 por estudantes universitários de diversos cursos de duas universidades públicas do interior do Rio Grande do Sul, 28 pessoas (5,49%) apresentaram sintomas indicativos do TDAH (Oliveira & Dias, 2017). Em outros países (China, Estados Unidos, Itália, Reino Unido, Nova Zelândia), aproximadamente 2 a 8% dos estudantes universitários relatam a presença de sintomas do TDAH clinicamente relevantes (DuPaul et al., 2009). Essa variação pode ser decorrente dos diferentes instrumentos utilizados para o rastreamento dos sintomas e dos critérios diagnósticos vigentes para o transtorno no momento da realização das pesquisas.

O ingresso na universidade pode ser desafiador para estudantes em geral. Há alguns aspectos que podem tanto facilitar quanto dificultar a trajetória universitária de jovens estudantes, como: a necessidade de construção de uma nova rede de relações com os pares e

professores, a obtenção de maiores níveis de autonomia e de responsabilidade para gerenciar o tempo e os estudos ou a própria vida pessoal, uma vez que há estudantes que mudam de cidade para estudar (Oliveira & Dias, 2014; Oliveira, Wiles, Fiorin, & Dias, 2014; Santos, Oliveira, & Dias, 2015).

Os laços de amizade com colegas possibilitam não só o sentimento de pertencer a um grupo, mas também a partilha de experiências e o apoio em caso de dificuldades, facilitando o processo de adaptação (Santos et al., 2015). As relações estabelecidas com os professores, especialmente aquelas marcadas pelo interesse, disponibilidade e capacidade de ensinar, parecem promover uma maior aderência do estudante ao curso, contribuindo para a satisfação com a escolha profissional (Oliveira et al., 2014). Essas relações parecem ser facilitadas pelo próprio nível de ajustamento psicológico apresentado pelo estudante, já que aqueles com melhores indicadores nessa dimensão se sentem mais dispostos a interagir com colegas e professores, enquanto os que enfrentam alterações de humor, dificuldades de concentração e maiores níveis de ansiedade podem evitar os contatos sociais. Por outro lado, é possível que os próprios colegas e professores, que são importantes fontes de apoio no processo de adaptação à universidade, se mostrem menos disponíveis para se relacionar com estudantes que apresentam algum tipo de desajustamento pessoal (Teixeira, Castro, & Piccolo, 2007). Este pode ser o caso de estudantes universitários com TDAH. O transtorno está associado com dificuldades de inibir e regular emoções negativas. A manifestação da baixa tolerância à frustração, impaciência e irritabilidade, por exemplo, podem gerar problemas interpessoais e maiores níveis de rejeição por colegas e professores (APA, 2013; Green & Rabiner, 2012; Oliveira, Hauck-Filho, & Dias, 2016).

Outro elemento importante que influencia no processo de adaptação ao ensino superior são as exigências de maior autonomia e gerenciamento de si e do tempo presentes nesse contexto. Os jovens se deparam com a necessidade de assumir uma postura ativa frente ao

processo de aprendizagem, necessitando buscar outras oportunidades acadêmicas e profissionais de atividades extraclasse para complementar os conteúdos que são de seu interesse mas não são abordados em sala de aula. A responsabilidade pela organização da casa também é uma preocupação descrita pelos estudantes que necessitam morar em outra cidade para estudar, pois precisam conciliar as exigências acadêmicas com atividades domésticas (Oliveira & Dias, 2014; Oliveira, Santos, & Dias, 2016). Para tanto, são necessárias habilidades de gestão do tempo, que também costumam ser relacionadas a dificuldades enfrentadas pelos estudantes (Oliveira & Dias, 2014). As maiores demandas nos níveis de autonomia e no gerenciamento do tempo do contexto universitário podem ser especialmente problemáticas para estudantes com TDAH, pois requerem que os estudantes desenvolvam estratégias adaptativas para lidar com responsabilidades que antes eram administradas pelos pais (Oliveira & Dias, 2017; Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle, & Swartzwelder, 2008).

No caso de estudantes universitários com TDAH, alguns estudos demonstram que, além das dificuldades inerentes ao ingresso na universidade, existe uma tendência a apresentar menores níveis de bem-estar físico e psicológico, dificuldades de concentração, raciocínio, nas habilidades para estabelecer amizades e estudar, bem como menores níveis de autoeficácia profissional em função da presença do transtorno (Oliveira et al., 2016; Oliveira & Dias, 2017). No que se refere aos hábitos de estudo, estudantes com TDAH precisam de vigilância constante para controlar a distração e a impulsividade (Oliveira et al., 2016). Há oscilações extremas de comportamento em que ocorrem ímpetos de energia para terminar tarefas, mas com dificuldades em manter o desempenho de forma consistente (Conners, 2009). Ademais, não é incomum, o estudante com TDAH evadir ou realizar a mudança de instituição/faculdade em função de sentimentos de tédio ou de sua incapacidade para completar as tarefas de rotina que, por sua vez, podem prejudicar seu desempenho acadêmico (Bruffaerts et al., 2018; Conners, 2009). Essas dificuldades podem ser explicadas por processos cerebrais que comprometem o

comportamento inibitório e as funções executivas (Costa, Medeiros, Alvim-Soares, Géó, & Miranda, 2014; Mattos, Abreu, & Grevet, 2003; Nigg, 2005; Wasserstein, 2005). Funções executivas são processos cognitivos necessários para a realização de tarefas que exigem concentração ou esforço deliberado, como estabelecer, manter, corrigir e realizar um plano de ação. As funções executivas podem em dois domínios: um “frio”, que corresponde à inibição de respostas motoras, atenção e flexibilidade cognitiva, e outro “quente”, que diz respeito ao processamento de recompensas e motivação. No caso do TDAH, os domínios prejudicados referem-se à atenção, funções executivas “frias”, motivação e processamento da informação temporal (Costa et al., 2014). Por exemplo, estudantes universitários com TDAH podem marcar alguma atividade de lazer com os amigos e não comparecer por esquecimento, não conseguir manter atenção nos estudos em virtude de estímulos que o desconcentram e parecem mais interessantes, ou não conseguir ajustar o ritmo de estudo de acordo com o tempo disponível até a data de uma prova. Todas essas dificuldades podem contribuir para que estudantes com este transtorno acreditem não ser capazes de cumprir com as responsabilidades acadêmicas e profissionais (Oliveira et al., 2016).

A crença de que todo mundo é desatento atualmente pode impedir que as pessoas que necessitam de atendimento busquem ajuda. De fato, uma das características da era digital é o *multitasking*, que envolve a execução simultânea de mais de uma tarefa com demanda cognitiva (Aagaard, 2015). Há evidências de que o *multitasking* está associado com menor desempenho em atividades de leitura, assistir a palestras e estudos de maneira geral, pois embora as pessoas possam focar sua atenção em determinada tarefa, outros estímulos do ambiente (como o alerta sonoro do celular, aviso de pouca energia do computador, barulho no ambiente etc.) podem desviá-la desse objetivo (Dietz & Henrich, 2014; Gaudreau, Miranda, & Gareau, 2014; Srivastava, 2013). Esse funcionamento é semelhante ao de quem tem TDAH, mas não significa que todas as pessoas que experimentam desatenção apresentam esse diagnóstico. Se a

desatenção não causa prejuízos nem sofrimento clinicamente significativo, provavelmente não se trata de um caso de TDAH. Contudo, se a desatenção estiver acompanhada de prejuízos e de outros sintomas do transtorno, pode ser um caso de TDAH (APA, 2013). Os cuidados que se deve ter é não banalizar o diagnóstico do TDAH para qualquer caso de desatenção e, ao mesmo tempo, não deixar de encaminhar para tratamento ou de buscar ajuda porque “todo mundo é desatento”, pois a não realização do diagnóstico do TDAH pode ser prejudicial para quem experimenta os prejuízos deste transtorno (Rohde, 2015).

No Brasil, não há um modelo sistematizado de atendimento ao estudante que apresenta dificuldades durante o Ensino Superior nos serviços de apoio ao estudante universitário. A maioria desses serviços oferece assistência para o desempenho acadêmico, a frequência escolar e a formação profissional dos alunos (Bardagi & Hutz, 2005). Nesse contexto, pode ser difícil para os profissionais identificarem que as dificuldades apresentadas por alguns estudantes que buscam esses serviços podem ser decorrentes do TDAH, dado que as publicações das especificidades desse transtorno nessa população datam dos últimos cinco anos no país (Oliveira & Dias, 2015; Oliveira et al., 2016; Oliveira & Dias, 2017). Este cenário sugere a necessidade de transmitir informações sobre o TDAH em estudantes universitários não só para os próprios alunos, mas também para professores e outros profissionais que atendem essa população com o intuito de facilitar a identificação desses casos para encaminhamento e tratamento adequado.

Embora não haja cura para o TDAH, este transtorno pode ser monitorado e seus prejuízos, controlados (Safren, 2008). O tratamento indicado envolve a combinação de medicação (para minimizar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade) e a adoção de intervenções psicológicas para desenvolver estratégias para lidar com os sintomas residuais (Mongia & Hechtman, 2016; Safren, 2006; Sprich, Safren, Finkelstein, Remmert, & Hammerness, 2016). Contudo, estudos de revisão da literatura indicam que a não adesão ao

tratamento pode variar de 13,2% a 64,0% (Adler & Nierenberg, 2010; McCarthy, 2014). Essa variação pode ser decorrente de questões metodológicas das pesquisas realizadas, como a forma de recrutamento dos participantes e os instrumentos utilizados nos estudos. Por outro lado, há evidências de que as taxas de não adesão possam ocorrer em função de fatores associados à falta de conhecimento sobre o TDAH (Charach & Fernandez, 2013), à falta de *insight* sobre o próprio comportamento apresentada por muitos indivíduos com o transtorno (Lopes, Nascimento, & Bandeira, 2005; Prevatt et al., 2012) ou mesmo por não querer usar medicação para sempre, ou não perceber necessidade ou eficácia da medicação, ou ainda pela representação de que o uso da medicação traz mais malefícios que benefícios (McCarthy, 2014). Portanto, o fornecimento de informações sobre esses aspectos para portadores e profissionais de saúde e educação pode ser fundamental para a busca e a manutenção do tratamento de indivíduos que apresentam TDAH.

Psicoeducação do TDAH em estudantes universitários

A transmissão de conhecimentos sobre o que é o TDAH pode contribuir para a busca de ajuda. Afinal, a busca por tratamento requer o reconhecimento de prejuízos e das possibilidades de minimizá-los. Uma forma de fornecer informações às pessoas sobre o TDAH que auxilie na identificação de casos ainda não diagnosticados é a psicoeducação (Nussey, Pistrang, & Murphy, 2013). Esta estratégia busca ampliar o conhecimento das pessoas sobre o transtorno (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010) a fim de reduzir o estigma, aumentar a compreensão dos prejuízos, auxiliar na tomada de decisões com base em informações confiáveis e promover maior participação no tratamento (Bégin, Bluteau, Arseneault, & Pronovost, 2012; Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015; Ivezić, Sesar, & Mužinić, 2017; Swaminath, 2009). Para tanto, oferta-se informações relevantes às pessoas sobre o transtorno (diagnóstico, etiologia, funcionamento), o tratamento e o prognóstico, bem como busca-se

esclarecer dúvidas e corrigir informações distorcidas sobre essas questões (Menezes & Souza, 2012).

A psicoeducação pode ser aplicada de formas distintas. Quando a psicoeducação assume o formato de intervenção independente, corresponde a um processo de alfabetização psicológica, isto é, serve como uma primeira fonte de informação sobre saúde mental para população não clínica (Siegmund et al., 2016). Nessa lógica, podem ser utilizados materiais educativos, como panfletos, manuais, cartilhas e vídeos (Sehnm, Rosa, Quioca, Ferreira, & Baretta, 2016), para a redução do estigma de transtornos mentais, a prevenção em saúde mental e a identificação precoce de psicopatologias por meio do aumento do conhecimento sobre as mesmas (Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro, & Rigonatti, 2010; Gustafson & Borglin, 2013; Högberg, Magnusson, Lutzen & Ewalds-Küst, 2012). Além disso, a psicoeducação enquanto intervenção independente pode ser uma fonte de informação e suporte emocional complementar a outro tipo de tratamento. Em outras palavras, existe uma intervenção exclusivamente para oferecer informações sobre determinado transtorno e tratamentos indicados para pacientes e familiares compreenderem melhor sua condição, quais as vantagens e desvantagens associadas às opções de tratamento, e quais resultados podem esperar (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015; Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bölte, & Jokinen, 2015).

Por outro lado, a psicoeducação pode ser utilizada como uma das técnicas que compõem o tratamento psicológico e/ou farmacológico (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio Jr, & Argimon, 2009; Hirvikoski et al., 2015; Safren, 2008; Vidal et al., 2013). Nesses casos, são oferecidas informações específicas sobre o transtorno, como suas características, origem, prognóstico, e tratamento indicado para educar o paciente sobre seu funcionamento. Essas explicações podem gerar alívio no paciente, diminuir a autocrítica e contribuir para a adesão ao tratamento (Beck, 2007; Hirvikoski et al., 2015; Knapp, 2004; Menezes & Souza, 2012).

Diversas pesquisas testaram intervenções psicoeducativas do TDAH em diferentes formatos (individual, grupal, palestras, manuais, comunidade online) para diferentes populações (pais e professores de crianças com TDAH e adultos com TDAH) para difundir informações sobre o transtorno e aumentar a adesão ao tratamento (Aguiar et al., 2014; Anderson & Guthery, 2015; Bai et al., 2015; Ferrin et al., 2014; He & Antshel, 2017; Hirvikoski et al., 2015; Hogue, Bobek, & Evans, 2016; Kaździela-Olech, 2012; McCarty, Vander Stoep, Violette, & Myers, 2015; Montoya et al., 2014). Essas intervenções têm sido associadas a redução do estigma do TDAH (Nussey et al., 2013), a maiores níveis de adesão ao tratamento por parte de pacientes com TDAH e de seus familiares (Bai et al., 2015; Hirvikoski et al., 2015; McCarty et al., 2015; Montoya et al., 2014), a menores níveis de estresse de pacientes com TDAH e seus familiares (Anderson & Guthery, 2015; Ferrin et al., 2014; Hirvikoski et al., 2015), a maiores níveis de conhecimento sobre o transtorno de pacientes com TDAH e seus familiares (Bai et al., 2015; Hirvikoski et al., 2015), a maiores índices de qualidade de vida de pacientes com TDAH e seus familiares (Ferrin et al., 2014; Hirvikoski et al., 2015), a menor presença de sintomas do TDAH e de outras psicopatologias em crianças com TDAH (Ferrin et al., 2014), a maiores níveis de colaboração entre os genitores e a escola, e a maiores níveis de desempenho escolar de crianças com TDAH (Hogue et al., 2016).

Verifica-se uma predominância de relatos de psicoeducação do TDAH para familiares de crianças com TDAH. Por muito tempo, o TDAH foi considerado um transtorno exclusivo da infância, que poderia ser superado na adolescência (Mattos et al., 2003). Contudo, o TDAH tende a ser crônico e permanecer na vida adulta (APA, 2013). Entretanto, não foram identificados relatos de psicoeducação do TDAH em estudantes universitários apesar das dificuldades que essa população enfrenta decorrentes tanto do transtorno quanto do ingresso ao ensino superior. Também não se sabe qual modalidade de psicoeducação é preferida por essa população e por outros indivíduos que trabalham com ela, tais como profissionais da saúde e

seus professores, nem qual formato é mais efetivo. Acredita-se que essas informações podem ser úteis para o delineamento de intervenções psicoeducativas de fácil acesso para este público-alvo para que, então, se possa diminuir o estigma associado ao TDAH e facilitar a busca de tratamento.

Em suma, o TDAH pode persistir até a vida adulta ou mesmo ser diagnosticado tardiamente. Em ambos os casos, o transtorno causa prejuízos aos indivíduos em diversos contextos, inclusive no ensino superior. A percepção de que se trata de um transtorno e que é necessário tratamento para minimizar as dificuldades, muitas vezes, depende do conhecimento que se tem a respeito do TDAH. Uma das formas de transmitir informações confiáveis e atualizadas é por meio da psicoeducação. Diante disso, o objetivo principal desta tese consiste em investigar o impacto do conhecimento da população acadêmica (estudantes e professores universitários) e de profissionais da saúde sobre o TDAH em estudantes universitários. Para tanto, é necessário caracterizar a psicoeducação como uma estratégia de oferta de informações sobre saúde mental (estudo 1), mapear as publicações científicas sobre a psicoeducação do TDAH que permitam identificar quais informações, em que formato e para quem informar (estudo 2), identificar as fontes utilizadas por adultos brasileiros para buscar informações sobre saúde mental (estudo 3) e avaliar uma cartilha com informações sobre TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação (estudo 4).

I. Como a psicoeducação pode auxiliar no tratamento de transtornos mentais?¹

Resumo: O objetivo deste estudo foi caracterizar a psicoeducação como uma estratégia de oferta de informações sobre saúde mental, bem como discutir sobre sua contribuição para a decisão de buscar tratamento, adesão ao tratamento e na diminuição de sintomas de transtornos mentais. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Verificou-se que a psicoeducação contribui para a busca de tratamento ao informar indivíduos que seu sofrimento é resultado de um transtorno que pode ser tratado e não de características pessoais. Posteriormente, contribui para a adesão ao tratamento ao comunicar como o tratamento funciona e quais os resultados esperados. Essa contribuição da psicoeducação para a adesão ao tratamento que parece diminuir os sintomas do transtorno, ou seja, os sintomas diminuem porque o indivíduo se engajou no tratamento. Conclui-se que a psicoeducação atua como “porta de entrada” para a busca e adesão ao tratamento e conseqüente diminuição dos sintomas. Além disso, tendo em vista a flexibilidade quanto à sua modalidade e os benefícios que pode trazer, encoraja-se os profissionais da saúde a adotar tal estratégia como forma de orientação em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, educação terapêutica, revisão de literatura

Abstract: The purpose of this study was to characterize psychoeducation as a strategy for providing information on mental health, as well as discussing its contribution to the decision of seeking treatment, treatment adherence, and to decrease mental disorders symptoms. For this purpose, a narrative review of literature was performed. Results show that psychoeducation contributes to the search for treatment by informing individuals that their suffering is the result of a disorder that can be treated rather than personal characteristics. Subsequently, it contributes to treatment adherence by communicating how it works and what results are expected. This contribution of psychoeducation to treatment adherence seems to reduce the symptoms of the

¹ Artigo submetido à Revista Psicologia: Ciência e Profissão

disorder, ie the symptoms decrease because the individual engaged in the treatment. We concluded that psychoeducation acts as a "gateway" for seeking treatment and treatment adherence, and consequent decrease of symptoms. In addition, considering the flexibility of psychoeducation modalities and its benefits, health professionals are encouraged to adopt such a strategy as a form of guidance in mental health.

Keywords: mental health, therapeutic education, literature review

Resumén: El objetivo de este estudio fue caracterizar la psicoeducación como una estrategia de oferta de informaciones sobre salud mental, así como discutir sobre su contribución a la decisión de buscar tratamiento, adhesión al tratamiento y en la disminución de síntomas de trastornos mentales. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura. Se verificó que la psicoeducación contribuye a la búsqueda de tratamiento al informar a individuos que su sufrimiento es el resultado de un trastorno que puede ser tratado y no de características personales. Posteriormente, contribuye a la adhesión al tratamiento al comunicar cómo funciona el tratamiento y cuáles son los resultados esperados. Esta contribución de la psicoeducación para la adhesión al tratamiento que parece disminuir los síntomas del trastorno, o sea, los síntomas disminuyen porque el individuo se comprometió en el tratamiento. Se concluye que la psicoeducación actúa como "puerta de entrada" para la búsqueda y adhesión al tratamiento y consecuente disminución de los síntomas. Además, teniendo en cuenta la flexibilidad en cuanto a su modalidad y los beneficios que puede traer, se alienta a los profesionales de la salud a adoptar tal estrategia como forma de orientación en salud mental.

Palabras-clave: salud mental, educación terapéutica, revisión de literatura

Transtornos mentais são caracterizados por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que interferem em atividades sociais e profissionais (APA, 2013). Os transtornos mentais atingem 25% da população em alguma fase da vida e representam quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo (Miranda, Carvalho, Fernandes, Silva & Sabino, 2009). A avaliação da gravidade dos sintomas, prejuízos e sofrimento decorrentes desses são alguns fatores considerados por profissionais da saúde para encaminhar as pessoas para tratamento. Esse raciocínio também é válido para indivíduos com sintomas que não satisfazem todos os critérios para receber o diagnóstico de algum transtorno mental e que, ainda assim, podem apresentar necessidade de tratamento e se beneficiar do mesmo (APA, 2013).

Com ou sem diagnóstico, essas pessoas nem sempre recebem o tratamento de que necessitam (Gomes, Miguel, & Miasso, 2014). Os motivos variam: estigma associado à presença do transtorno, falta de informação por parte da população sobre os transtornos mentais e os tratamentos disponíveis e adequados a cada tipo de situação, falta de organização dos serviços de saúde mental etc. (Charach & Fernandez, 2013; Lannin, Vogel, Brenner, Abraham, & Heath, 2016; Oliveira et al., 2014). Alguns profissionais não transmitem informações relevantes aos pacientes por pensarem que estes são incapazes de compreender ou por assumirem que a informação já foi provida por algum outro profissional anteriormente (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio Jr, & Argimon, 2009). A falta de informação pode não só impedir indivíduos diagnosticados com algum transtorno mental de buscar e/ou manter um tratamento, mas também permitir que pessoas que tem um transtorno e não tem conhecimentos sobre o mesmo atribuam os sintomas a características pessoais e convivam com os prejuízos e sofrimento decorrentes do mesmo como se esses não pudessem ser evitados ou manejados (Knapp, 2004). Na falta de informação, os familiares também podem culpar o paciente pelos

sintomas, o que se associa a maiores níveis de estresse desses indivíduos (Anderson & Guthery, 2015) e de estigma contra pessoas com transtornos mentais (Simmons, Jones, & Bradley, 2017).

Uma das formas de oferecer informações sobre saúde e transtornos mentais à população é a psicoeducação. Esta pode ser utilizada como uma modalidade de intervenção psicossocial ou como uma estratégia que compõe outras abordagens de tratamento, a exemplo das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC). Este estudo tem por objetivo caracterizar a psicoeducação como uma estratégia de oferta de informações sobre saúde mental, bem como discutir sobre sua contribuição para a decisão de buscar tratamento, adesão ao tratamento e na diminuição de sintomas de transtornos mentais.

Psicoeducação

A psicoeducação começou a ser desenvolvida em contextos clínicos psiquiátricos nas décadas de 70-80 (Authier, 1977). Até então, os conhecimentos científicos e as condutas clínicas sobre determinado transtorno eram de domínio exclusivo dos profissionais de saúde mental, em especial dos médicos. Pacientes e familiares eram considerados leigos e incapazes de compreender e participar das decisões relacionadas ao próprio tratamento. Ao mesmo tempo, os altos índices de não aderência ao tratamento e de recaídas apontavam para a necessidade de tratamentos alternativos, associados à farmacoterapia, que tivessem participação e adesão efetivas dos pacientes e familiares. Então, grupos especializados em pesquisa clínica nos Estados Unidos e na Inglaterra começaram a investir em um modelo de tratamento mais educativo, que oferecesse um maior suporte aos pacientes e familiares através do fornecimento de informações sobre os transtornos e sobre os tratamentos disponíveis (Andrade, 1999). Esse modelo objetivava o desenvolvimento de mudanças comportamentais nos pacientes e em seus familiares (Authier, 1977). Esperava-se que os familiares apresentassem menor expressão de críticas e hostilidade em relação aos pacientes. Assim, a psicoeducação surgiu como um

tratamento adicional ao uso de fármacos, não como uma técnica para curar determinada doença. Seu objetivo inicial era transmitir informações sobre os transtornos mentais para familiares e pacientes psicóticos e, assim, mantê-los na comunidade, evitando novas internações (Andrade, 1999).

As evidências de que a psicoeducação associada ao uso de medicamentos trazia maiores benefícios do que o uso exclusivo de medicamentos resultou na ampliação de estratégias clínicas e interesses de pesquisa sobre essa nova modalidade (Andrade, 1999). Entre os anos 80 e 90, já havia a discussão dos benefícios que um treinamento em psicoeducação poderia trazer a psicólogos em formação, uma vez que a psicologia poderia impactar positivamente em uma diversidade de contextos, como hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, escolas de ensino fundamental e médio, universidades, empresas etc. (Watkins, 1985). A partir da década de 90, a psicoeducação passou a ser conduzida em grupos que apresentavam outros transtornos mentais, como o Transtorno do Humor Bipolar (THB), o Transtorno do Estresse Pós-Trauma (TEPT), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), dependência química, entre outros (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015; Farina, Terroso, Lopes, & Argimon, 2013; Lemes & Ondere Neto, 2017; Oliveira & Dias, no prelo; Siegmund, Nonohay, & Gauer, 2017). Atualmente, psicoeducação é realizada por diferentes profissionais de saúde para a comunicação de informações relevantes aos pacientes e familiares sobre o transtorno (diagnóstico, etiologia, funcionamento), o tratamento e o prognóstico, bem como para esclarecer dúvidas e corrigir crenças distorcidas sobre o transtorno e tratamento (Oliveira & Dias, no prelo).

A psicoeducação tem por objetivo empoderar o paciente, familiares e cuidadores por meio da aquisição de conhecimentos sobre os problemas e do desenvolvimento de habilidades e competências para enfrentar os mesmos (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010). O aumento da compreensão da própria condição pessoal e das opções de

tratamento pode contribuir para uma participação mais ativa do paciente por meio da tomada de decisões sobre o tipo de tratamento desejado com base em informações confiáveis, o que colabora para uma maior adesão ao tratamento e a diminuição dos sintomas (Andrade, 1999; Bégin, Bluteau, Arseneault, & Pronovost, 2012; Bonsack et al., 2015; Swaminath, 2009). A diferenciação dos comportamentos próprios do paciente daqueles decorrentes do transtorno, a compreensão sobre o funcionamento do tratamento e a clareza dos resultados que se pode esperar das terapêuticas utilizadas também é importante para familiares e cuidadores. De posse dessas informações, familiares e cuidadores têm mais facilidade para manejar conflitos no relacionamento com o paciente, apresentam menores níveis de estresse e tendem a estimular os pacientes a seguir com o tratamento escolhido (por exemplo: lembrá-lo de tomar medicação e de colocar em prática as estratégias trabalhadas para manejo dos sintomas) (Anderson & Guthery, 2015; Cordioli, 2014; Janssen et al., 2014; Safren, 2008).

A psicoeducação deve ocorrer de forma didática e em linguagem adequada ao público-alvo, que pode ser constituído por pacientes, familiares, educadores e profissionais da saúde. A transmissão desses conhecimentos assume diferentes formatos: individual ou grupal, palestras, rodas de conversas, manuais, filmes, vídeos ou biblioterapia (livros, cartilhas, panfletos), presencialmente ou via Internet (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015; Figueiredo et al., 2009; Siegmund et al., 2016). Independente da modalidade adotada, sugere-se que as informações também sejam disponibilizadas por escrito, visto que a capacidade de aprender e de se lembrar podem estar comprometidas em algumas situações como ansiedade, depressão, psicose e TDAH (Sudak, 2012). Além disso, o uso de materiais escritos, como livros, cartilhas e panfletos, pode ser útil para maior disseminação das informações sobre transtornos mentais variados e opções de tratamento. Independente do formato, pesquisas sugerem a necessidade de os profissionais ouvirem a história do paciente bem como considerarem suas condições socioculturais e valores para o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica (Nakash, Nagar,

& Kanat-Maymon, 2015). Afinal, esses indivíduos estão em busca de compreensão para suas dificuldades, significando as informações sobre o diagnóstico e tratamento que lhe são reportadas (Nakash, Nagar, & Levav, 2015).

A psicoeducação para transtornos mentais, em geral, apresenta diversos benefícios. Dentre eles, destacam-se o aumento do conhecimento sobre o transtorno, da motivação para a mudança, da participação no tratamento, da satisfação e adesão ao tratamento, a redução de recaídas e a diminuição de estigmas associados aos transtornos e aos tratamentos (Alvidrez, Snowden, Rao, & Boccellari, 2009; Burlingame, Ridge, Matasuno, Hwang & Ernschaw, 2006; Knapp, 2004; Nussey, Pistrang, & Murphy, 2013). Além disso, a psicoeducação pode contribuir para que os pacientes se sintam melhor compreendidos (Farina et al., 2013), bem como auxiliá-los no gerenciamento do desespero, medo, estigma e autoestima (Ivezić, Sesar, & Mužinić, 2017; Colom & Vieta, 2004), prevenindo o desenvolvimento de novas psicopatologias (Vidal et al., 2013).

Há ainda benefícios específicos da psicoeducação de determinados transtornos e formas de funcionamento psicopatológico. A psicoeducação do TOC, por exemplo, pode atuar na correção de crenças errôneas sobre o medo e ansiedade (Siegmund et al., 2017). Nos casos de THB, permite que pacientes e familiares reconheçam pródromos dos episódios maníacos e hipomaníacos e evitem novas internações hospitalares (Colom et al., 2003). Já a psicoeducação para pacientes com TDAH pode auxiliá-los no controle de estímulos, planejamento de atividades e aumento da qualidade de vida (Vidal et al., 2013).

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de estudo é considerado apropriado para descrever e discutir o estado da arte de determinado assunto. Constitui de investigação e análise crítica da literatura publicada em livros e artigos científicos, embora não

permita a reprodução dos dados nem forneça respostas quantitativas para questões específicas (Rother, 2007).

Resultados e discussão

Historicamente, a psicoeducação surgiu como um tratamento complementar ao uso de medicação, e não como uma técnica para curar determinada doença (Andrade, 1999). Hoje, verifica-se que a psicoeducação pode ser utilizada de duas formas distintas: como intervenção independente ou como uma das técnicas que compõem o tratamento como um todo (Lemes & Ondere Neto, 2017).

Psicoeducação como intervenção independente

A psicoeducação enquanto intervenção independente pode ser compreendida como uma primeira fonte de informação para população não clínica. Grupos não clínicos podem se beneficiar da psicoeducação como um processo de alfabetização psicológica (Siegmund et al., 2016). Materiais educativos, como panfletos, manuais, cartilhas e vídeos (Sehnm, Rosa, Quioca, Ferreira, & Baretta, 2016), podem ser úteis para a redução do estigma de transtornos mentais, a prevenção em saúde mental e identificação precoce de psicopatologias (Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro, & Rigonatti, 2010; Högberg, Magnusson, Lutzen & Ewalds-Küst, 2012).

Estigma consiste em uma rejeição decorrente de um julgamento sobre uma pessoa ou grupo de pessoas com uma dificuldade em particular. No que se refere aos transtornos mentais, o estigma pode interferir seriamente na vida e bem-estar das pessoas diagnosticadas (Simmons et al., 2017). Pesquisas mostram que a psicoeducação pode contribuir para a diminuição do estigma relacionado a transtornos mentais (Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Groves, 2004) por meio do aumento do conhecimento sobre eles (Gustaffson & Borglin, 2013). Por

exemplo, pessoas que acessaram um website sobre depressão apresentaram menos atitudes estigmatizantes do que o grupo controle que não teve acesso a esse material (Griffiths et al., 2004). Em outro estudo, verificou-se que a psicoeducação também diminuiu o estigma em indivíduos com maior necessidade de tratamento e dúvidas sobre ele (Alvidrez, Snowden, Rao, & Boccellari, 2009).

A prevenção em saúde mental busca evitar hábitos que possam favorecer o aparecimento de alguns transtornos mentais (Cordeiro et al., 2010). Por exemplo, pessoas com vulnerabilidade genética (familiar com psicose) e que usem *cannabis* mais do que uma vez por semana podem apresentar maior risco de desenvolver uma psicose (Hall, 2006). Então, campanhas que ofereçam esse tipo de informação à população podem ser úteis para prevenção de psicopatologias.

Já a detecção precoce de transtornos mentais busca diagnosticar e tratar determinado transtorno antes que o mesmo cause maiores prejuízos ao indivíduo. Por exemplo, o diagnóstico e tratamento precoce do THB permitem que a pessoa aprenda a identificar pródromos de episódios maníacos ou hipomaníacos e evite internações (Menezes & Souza, 2012). Logo, é possível que materiais que informem sintomas do transtorno possibilitem o reconhecimento de uma psicopatologia e formas de manejo para a mesma.

Por outro lado, se destinada a familiares, cuidadores e pacientes diagnosticados com algum transtorno mental, a psicoeducação enquanto intervenção independente pode cumprir o papel de fonte de informação e suporte emocional complementar a outro tipo de tratamento. O estudo de Bai et al. (2015) exemplifica como a psicoeducação pode ser uma primeira intervenção voltada para pais de crianças com TDAH, com o objetivo de informá-los sobre o transtorno e dos tratamentos disponíveis para que esses possam, então, decidir qual tratamento buscar para os filhos. Nesse estudo, a psicoeducação foi desenvolvida em três formatos distintos: palestras, manual e comunidade online. As palestras foram realizadas em dois

encontros de 40 minutos, e caracterizaram o transtorno (etiologia, sintomas, prejuízos), a eficácia dos tratamentos disponíveis (farmacológico e não farmacológico) e as estratégias de enfrentamento relacionadas ao manejo dos sintomas do TDAH. O manual continha as mesmas informações apresentadas nas palestras, acrescidos de formulários para auxiliar no controle das doses da medicação dos filhos com TDAH e dos efeitos colaterais experimentados. Já a comunidade online disponibilizava materiais sobre saúde em geral, possibilitava comunicação com outros pais e com os profissionais responsáveis pelas intervenções para dirimir possíveis dúvidas sobre o transtorno, tratamento ou manejo (Bai et al., 2015).

Outro exemplo de intervenção psicoeducativa breve e estruturada para pacientes adultos com TDAH e seus familiares é o programa PEGASUS. Trata-se de uma primeira intervenção pós diagnóstico com o objetivo de fornecer informações que aumentem o conhecimento e aceitação do transtorno, facilitem o manejo dos sintomas, melhorem a qualidade das relações entre pacientes e familiares e permitam aos pacientes (alguns já medicados, portanto em tratamento paralelo) a buscarem tratamento adicional posteriormente. Foram realizadas oito sessões de 150 minutos, com 30 minutos de intervalo, em grupo de 20 a 30 pessoas com TDAH e outros significativos. As sessões abordavam questões referentes a presença do TDAH na vida adulta, opções de tratamento, estratégias para lidar com dificuldades decorrentes dos sintomas e os serviços de suporte disponíveis para essa população (Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bølte, & Jokinen, 2015).

A aplicação da psicoeducação como intervenção independente não significa que seu uso exclusivo é suficiente para o tratamento de um transtorno mental. Vidal et al. (2013) compararam a eficácia de uma intervenção apenas de caráter psicoeducativo com outra que se baseava na Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) para adultos com TDAH. Os autores justificam que intervenções psicoeducativas para THB e esquizofrenia se mostraram eficazes para melhor funcionamento psicossocial, adesão ao tratamento e diminuição de

recaídas, e que esses resultados eram comuns a TCC. Então, decidiram comparar TCCG e psicoeducação em casos de TDAH. Ambas as intervenções eram compostas por 11 sessões. O programa psicoeducativo foi conduzido por psicólogos que transmitiam informações sobre o TDAH para maior compreensão dos problemas associados. Os conteúdos abordados foram: reconhecimento dos sintomas, compreensão do transtorno (mitos e realidades), causas do TDAH, modelo cognitivo do TDAH, prejuízos decorrentes dos sintomas e opções de tratamento farmacológico e psicológico. As informações estavam focadas nos problemas associados ao TDAH, e não na solução dessas dificuldades. Já no programa de TCCG, os psicólogos direcionaram o conteúdo para a solução das dificuldades dos pacientes, com revisão e repetição das habilidades aprendidas. Houve apenas uma sessão de psicoeducação. As demais sessões focaram no desenvolvimento de habilidades para lidar com os sintomas, tais como: atraso das distrações, planejamento, manejo da procrastinação, resolução de problemas, identificação de pensamentos automáticos e reestruturação cognitiva. Verificou-se que ambas intervenções se associaram com a melhora dos sintomas principais do transtorno (desatenção, hiperatividade e impulsividade) e da autoestima dos envolvidos. Também houve diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade nos participantes dessas duas modalidades (Vidal et al., 2013). Contudo, os participantes dos dois tipos de intervenção (psicoeducação e TCCG) estavam medicados para o transtorno, o que impede conclusões a respeito da influência isolada da psicoeducação na redução de sintomas.

Outras intervenções grupais de psicoeducação para outros transtornos mentais parecem apresentar o mesmo funcionamento dos exemplos acima. Menezes e Souza (2012) descreveram uma intervenção psicoeducativa aberta a familiares e pacientes com THB como parte do Programa Prevenção de Recaídas do THB. Foram realizadas palestras ministradas por profissionais da saúde (enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, nutricionista) sobre temas sugeridos pelos próprios participantes, seguidas por depoimentos de um voluntário portador do

transtorno para fomentar a troca de experiências. Todavia, essa não foi a única forma de ajuda utilizada pelos participantes, que também se beneficiaram de medicação, psicoterapia e grupos de autoajuda (Menezes & Souza, 2012).

A partir desses exemplos, verifica-se que intervenções psicoeducativas isoladas podem ser suficientes se aplicadas em grupos não clínicos com a finalidade de alfabetização psicológica. Também podem ser consideradas como uma “porta de entrada” para a identificação de possível diagnóstico e busca de tratamento adicional ou como fonte de informação e suporte emocional complementar a outro tipo de tratamento. Todavia, a utilização exclusiva da psicoeducação parece ser insuficiente para o tratamento de transtornos mentais, pois não há relatos que tenham avaliado a influência isolada da psicoeducação na redução de sintomas (Siegmund et al., 2016).

Poucas pesquisas exploram a eficácia dos diferentes formatos de psicoeducação. Não fica claro se as diferentes modalidades podem gerar diferentes resultados. Lincoln, Wilhelm e Nestoriuc (2007) conduziram uma meta-análise para avaliar a eficácia da psicoeducação para pacientes psicóticos. Para tanto, compararam intervenções psicoeducativas que incluíam familiares com outras destinadas apenas a pacientes no que se refere ao conhecimento, adesão ao tratamento farmacológico, funcionamento psicossocial dos pacientes, redução de sintomas e recaídas. Verificou-se que as intervenções que incluíram os familiares foram mais efetivas do que as destinadas apenas aos pacientes na redução dos sintomas e na prevenção de recaídas após sete a 12 meses. Então, os autores sugerem a integração dos familiares em intervenções psicoeducativas para pacientes psicóticos (Lincoln et al., 2007). De forma complementar, a revisão de literatura de Rummel-Kluge e Kissling (2008) sobre psicoeducação para esquizofrenia indica que pacientes estáveis parecem se beneficiar mais da psicoeducação do que pacientes sintomáticos. Os resultados desses estudos definem alguns aspectos a serem considerados na definição de intervenções psicoeducativas para pacientes psicóticos. Todavia,

a validade dessas informações para pacientes com outros transtornos, bem como se há diferença nos formatos individual ou grupal, número de participantes, presencial, impresso ou online não é abordada, sinalizando necessidade de mais pesquisas.

Psicoeducação como estratégia componente de um tratamento

A psicoeducação pode ser utilizada enquanto uma das estratégias componentes de um tratamento psicológico e/ou farmacológico. Em geral, os estudos que mostram a psicoeducação como parte de um tratamento psicológico se referem à abordagem cognitivo-comportamental (Figueiredo et al., 2009; Hirvikoski et al., 2015; Safren, 2008; Vidal et al., 2013).

O processo de educar o paciente sobre seu transtorno ou funcionamento é um dos princípios básicos da terapia cognitiva (Beck, 2007). Ela está incluída nos protocolos de tratamento cognitivo-comportamental para depressão, THB, transtornos de ansiedade, dependência química, transtornos alimentares, TDAH, transtornos psicóticos, transtornos da personalidade (Knapp, 2004; Safren, 2008). Nesses casos, são oferecidas informações específicas sobre o transtorno, como suas características, origem, prognóstico e tratamento indicado. A oferta de informações científicas em linguagem adaptada sobre o problema contribui para que o paciente possa diferenciar os sintomas de suas características pessoais. Essas explicações podem gerar alívio no paciente e diminuir a autocrítica. Também são comunicadas informações sobre o modelo cognitivo e o funcionamento do próprio paciente. A explicação da relação entre pensamentos, emoções e comportamento (modelo cognitivo) auxilia o paciente na regulação emocional, uma vez que consegue identificar os gatilhos da sua alteração de humor (funcionamento do paciente) e desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais para alterar sua resposta a eles (Beck, 2007; Knapp, 2004).

A psicoeducação também é utilizada quando a medicação é indicada. Explica-se ao paciente a razão para a prescrição de determinada medicação, seus riscos e benefícios, efeitos

adversos e tempo de uso. É importante que o profissional identifique os conhecimentos prévios do paciente sobre o transtorno, tratamentos e medicação para que, a partir disso, regule a quantidade de informação que deve ser transmitida e sejam corrigidas possíveis distorções. Pensamentos de que medicação “é para louco”, “é para pessoas fracas”, “vicia”, “dopa” e que “causam efeitos colaterais insuportáveis” podem comprometer a adesão ao tratamento farmacológico. Portanto, é imprescindível a identificação e correção dessas crenças por meio de psicoeducação. Ademais, recomenda-se que o profissional esteja atento às dúvidas e valores do paciente/familiares, e responda suas perguntas com paciência e clareza. Afinal, a decisão do indivíduo de tomar a medicação prescrita e a compreensão do motivo dessa prescrição podem melhorar a adesão ao tratamento e seu resultado final (Lovato & Cordioli, 2014; Sudak, 2012).

Os protocolos cognitivo-comportamentais para o TDAH em adultos de Safren (2008) e para o TOC de Cordioli (2014) são exemplos de como a psicoeducação pode ser incluída enquanto uma estratégia dentro de um tratamento psicológico e/ou farmacológico. No primeiro caso, o foco da sessão inicial é a psicoeducação do TDAH e do tratamento. Dentre as informações sobre o TDAH adulto, deve-se enfatizar que se trata de um transtorno neurobiológico, com diagnóstico válido, que não está relacionado com preguiça ou baixos níveis de inteligência (Safren, 2008). No que se refere ao tratamento, o autor sugere que o terapeuta explique o papel dos componentes cognitivos e comportamentais na TCC do TDAH adulto, ou seja, como pensamentos podem gerar sentimentos negativos que, por sua vez, podem interferir na realização das tarefas (componente cognitivo). Ou ainda como a evitação das tarefas de casa ou a não adoção de um sistema de organização (componentes comportamentais) pode exacerbar os sintomas do transtorno. Da mesma forma, é necessário explicar o papel dos medicamentos e como eles podem potencializar outras formas de tratamento (Safren, 2008).

Na TCC para o TOC, a psicoeducação é utilizada durante todo o processo psicoterápico (Cordioli, 2014). Um dos principais objetivos do terapeuta nas primeiras sessões é auxiliar o

paciente na tomada de decisão em relação ao tratamento. Nesse período, o terapeuta fornece informações em linguagem clara e acessível sobre o transtorno, o que contribui para o surgimento do mesmo, quais comportamentos do paciente estão associados à manutenção dos sintomas, tratamentos disponíveis (com suas vantagens e desvantagens) e em que casos a medicação pode ser útil. Recomenda-se a indicação de leitura de materiais informativos, como folhetos, livros e sites especializados na Internet que possam auxiliar o paciente na tomada de decisão sobre o tratamento. Após a opção do paciente de iniciar o tratamento cognitivo-comportamental, a psicoeducação aborda outros tópicos relevantes à psicoterapia, como os princípios do tratamento e a racionalidade das técnicas e resultados esperados (Cordioli, 2014).

A partir desses exemplos (Cordioli, 2014; Safren, 2008), verifica-se que os tópicos da psicoeducação tendem a se manter. A psicoeducação como estratégia da TCC aborda etiologia do transtorno, como os sintomas do paciente se relacionam com determinado diagnóstico, como o transtorno se mantém, opções de tratamento (vantagens, desvantagens, resultados esperados), modelo cognitivo, funcionamento do paciente e no que o tratamento consiste. As especificidades da psicoeducação dentro desses tópicos dependem do transtorno apresentado pelo paciente.

Como a psicoeducação auxilia na busca de tratamento

A psicoeducação enquanto intervenção isolada parece funcionar como uma “porta de entrada” para a busca de tratamento adicional. Isso é possível por se tratar de uma fonte confiável de informações, que permite ao paciente identificar melhor e dar nome a algumas dificuldades que estão sendo vivenciadas, além de reconhecer que há outras pessoas que vivenciam essas dificuldades e que existem diferentes opções de tratamento que oferecem diferentes vantagens e limitações.

Intervenções psicoeducativas, em geral, são percebidas como um local seguro, onde se pode obter informações confiáveis de profissionais da saúde. Por muito tempo, e ainda hoje, pessoas com transtornos mentais tendem a ser consideradas “loucas”, “perigosas”, “anormais” e “especiais” devido à crença de que podem causar mal à sociedade por meio da (suposta) agressividade (Simmons et al., 2017). Antigamente, essas pessoas eram presas em instituições de saúde mental (hospitais psiquiátricos, manicômios) sob o pretexto de que o isolamento iria curá-las. Mesmo após a reforma psiquiátrica, o preconceito com portadores de transtornos mentais continua (Candido et al., 2012). As pessoas que suspeitam que podem ter um transtorno mental podem, muitas vezes, se sentir constrangidas de buscar mais informações (Lannin et al., 2016). O recebimento de informações diretamente de profissionais da saúde, por meio de palestras, vídeos ou panfletos, contribui para que os indivíduos se sintam mais confortáveis para fazer perguntas a esses mesmos profissionais sobre o transtorno e tratamento. Além disso, conseguem expor com mais facilidade suas vivências relacionadas à doença com menos medo de sofrer preconceito por serem portadoras de um transtorno mental (Menezes & Souza, 2012).

Algumas pessoas não se sentem confortáveis para participar de intervenções presenciais sobre os transtornos mentais que possuem, em função do estigma que consideram que essa participação pode gerar (Lannin et al., 2016). Nesses casos, a busca de informações online parece ser uma vantagem para quem não quer revelar sua identidade ou para quem prefere investigar o tema por conta própria antes de investir em uma consulta com profissional da saúde. Em geral, existe uma preferência por sites especializados sobre saúde mental para conferir informações obtidas em consultas médicas, investigar efeitos colaterais de medicações e para identificar as melhores formas para lidar com determinado transtorno (Conell et al., 2016). Logo, recomendações de sites confiáveis como uma forma de psicoeducação podem ser úteis tanto para a população não clínica quanto para pacientes, visto que a consulta de informações

na Internet contribui para a redução do estigma e a busca de atendimento em saúde mental (Bauer et al., 2016; Conell et al., 2016; Simmons et al., 2017).

Muitas pessoas sofrem as consequências de transtornos mentais por anos sem saber que essas dificuldades podem se tratar de sintomas ou de prejuízos decorrentes desses (Menezes & Souza, 2012). A falta de informações sobre sintomas, etiologia, consequências de um determinado transtorno mental, pode interferir na autoimagem e autocrítica do portador, bem como na opinião de outras pessoas significativas (Knapp et al., 2004; Lannin et al., 2016). Por exemplo, uma pessoa que não sente vontade de desempenhar suas atividades, que tem chorado frequentemente, apresenta dificuldades de concentração e mais sono que usualmente pode pensar que é fraca e incapaz quando, na verdade, pode estar apresentando sintomas de depressão. Outra pessoa que tem apresentado mais energia para realizar suas atividades que o costume, tem tido muitas ideias sensacionais, dormido pouco e feito grandes investimentos pode ser considerada descontrolada e irresponsável pelos familiares quando, na verdade, pode estar em um episódio hipomaníaco (Knapp, 2004). Logo, conseguir diferenciar características pessoais daquelas que são características de um dado transtorno pode contribuir para o reconhecimento de que se tem um transtorno mental que pode ser tratado e os prejuízos provocados pelo mesmo podem ser gerenciados ou mesmo reduzidos (Figueiredo et al., 2009). Por exemplo, pacientes bipolares psicoeducados conseguem desenvolver o autoconhecimento a ponto de monitorar seus estados afetivos, cognitivos e comportamentais, podendo prever se e quando é hora de recorrer à internação hospitalar. Ademais, quando a psicoeducação é realizada em grupo, o compartilhamento das vivências sobre o transtorno de alguns membros pode auxiliar aos demais participantes (portadores, familiares, outros significativos) a identificarem sintomas e prejuízos gerados pelo transtorno, além de possíveis formas de manejo e tratamento disponíveis. O conhecimento do transtorno e das estratégias de enfrentamento contribui para o empoderamento do paciente que, com essas informações, pode tomar uma decisão no que se

refere à sua saúde: continuar da forma como está ou buscar atendimento profissional (Menezes & Souza, 2012).

Como a psicoeducação auxilia na aderência ao tratamento

Não é raro pacientes psiquiátricos considerarem consultas médicas apenas como prescrição de medicamentos e insuficientes enquanto fonte de informação (Menezes & Souza, 2012). Dúvidas quanto ao prognóstico, aos objetivos do tratamento, bem como quais resultados esperar a curto e longo prazo podem desmotivar o paciente e interferir no engajamento deste com o tratamento. Logo, a psicoeducação como intervenção paralela ou como parte da consulta pode auxiliar a preencher essa lacuna (Peet & Harvey, 1991).

A compreensão por parte do paciente e familiares sobre o tratamento indicado parece ser o fator que promove a adesão ao mesmo. Em estudo realizado com pacientes bipolares usuários de lítio, verificou-se que o grupo de pacientes que recebeu psicoeducação (assistiu a uma palestra e recebeu a transcrição desta) apresentou maior aderência à medicação do que o grupo que recebeu apenas a medicação (Peet & Harvey, 1991). Outros exemplos referem-se a pacientes com TDAH, que podem se sentir mais motivados a tomar medicação por compreenderem como esta pode potencializar os ganhos de outras formas de tratamento (Safren, 2008). Da mesma forma, pacientes com TOC podem se sentir mais motivados a realizarem os exercícios de exposição e prevenção de resposta se entenderem como funciona a habituação e que a abstenção de executar rituais leva ao desaparecimento dos sintomas (Cordioli, 2014).

Os conhecimentos transmitidos nas intervenções psicoeducativas permitem a conscientização do indivíduo quanto ao transtorno mental e que ele se torne um participante ativo na busca e adesão ao tratamento como forma de melhorar sua qualidade de vida (Hirvikoski et al., 2015; Menezes & Souza, 2012). Pacientes bipolares que participaram de

grupos de psicoeducação relataram maior conhecimento do transtorno, consolo por saber que não é o único afetado e alívio por constatar que existem casos mais graves. As trocas de experiências com outras pessoas nesses grupos, por meio de depoimentos e conversas informais, reforçaram a necessidade de busca e manutenção do tratamento, já que este, por sua vez, possibilitou a retomada de atividades da vida pessoal e profissional, apesar do transtorno, e de assumir o gerenciamento das suas vidas, ao invés de viverem à mercê do THB (Menezes & Souza, 2012).

Como a psicoeducação melhora a sintomatologia

A psicoeducação não é uma solução única e milagrosa para a complexidade dos problemas que envolvem os transtornos mentais. Todavia, ela pode contribuir para o processo de conscientização sobre a doença, seus prejuízos e, conseqüentemente, para a redução de estigmas associados a doença mental, maior adesão ao tratamento e redução dos sintomas.

A psicoeducação auxilia os indivíduos com THB a detectar precocemente os sinais prodromáticos, o que contribui para uma intervenção mais precoce e, conseqüentemente, para a evitação de episódios de mania e hipomania (Colom et al., 2003; Menezes & Souza, 2012). A participação ativa no tratamento e a responsabilização pelo gerenciamento da doença tem se mostrado fundamental para o êxito no tratamento do THB (Colom & Vieta, 2004).

Já pessoas com TDAH beneficiam-se da psicoeducação por meio da aprendizagem e do uso de estratégias para evitar prejuízos decorrentes dos sintomas do transtorno, que nem sempre diminuem com a medicação. O controle de estímulos, por exemplo, auxilia os pacientes a retomar a atenção para o que estavam fazendo. Já estratégias de planejamento, como a divisão de tarefas complexas em atividades menores e uso de períodos mais curtos para executá-las, são úteis como tentativa de manter-se produtivo (Safren, 2008).

A forma como a psicoeducação auxilia na melhora dos sintomas é parecida em casos de TOC. Uma maior compreensão por parte dos pacientes sobre a lógica do tratamento faz com que eles sigam melhor as instruções de exposição com prevenção de resposta, levando à redução de sintomas (Abramowitz, Franklin, Zoellner, & DiBernardo, 2002; Cordioli, 2014).

Esses exemplos mostram a importância de pacientes e familiares compreenderem claramente que as dificuldades que apresentam são sintomas de um transtorno mental e que os prejuízos decorrentes dele podem ser reduzidos por meio de tratamento. Por outro lado, se engajar em tratamentos podem trazer dificuldades ou efeitos colaterais. Por exemplo, o enfrentamento dos medos nos transtornos de ansiedade pode gerar desconforto no paciente, ou ainda o uso de determinadas medicações pode gerar efeitos colaterais até que o organismo se adapte (Cordioli, 2014; Safren, 2008). A compreensão do processo de tratamento auxilia os pacientes a persistirem no mesmo (tanto no momento da adesão como na manutenção). Pacientes melhor informados tendem a não deixar de fazer o que precisa ser feito em relação ao tratamento por compreender a dinâmica do mesmo, com limitações e potencialidades (Cordioli, 2014; Figueiredo et al., 2009; Safren, 2008).

Considerações finais

Há anos a psicoeducação vem sendo aplicada como parte do tratamento de transtornos mentais. Mais do que oferecer informações sobre os transtornos mentais e tratamento para pacientes, verifica-se que a psicoeducação pode ser utilizada como uma forma de alfabetização psicológica. Em outras palavras, a identificação e controle dos danos e sofrimento causados por transtornos mentais pode ser atingida por meio da transmissão de informações relevantes sobre os mesmos para a população em geral.

A literatura apresenta diversos estudos (geralmente quantitativos) que descrevem intervenções psicoeducativas e seus benefícios. Contudo, a compreensão sobre a forma como a

psicoeducação gera esses benefícios ainda é pouco explorada (estudos qualitativos). Sabe-se que a psicoeducação pode assumir diferentes formatos, mas quais são os fatores que a tornam mais efetiva? Existem diferenças na efetividade de intervenções psicoeducativas individuais e grupais? Qual é a duração (quantas sessões e por quanto tempo) recomendada? A psicoeducação promovida por profissionais da saúde é superior à ministrada por pares? Em que casos a biblioterapia, videoterapia ou sites online são indicadas? A efetividade do formato depende dos quadros apresentados pelos indivíduos? Pesquisas dedicadas a responder essas perguntas, combinadas com a percepção e satisfação dos participantes, podem auxiliar na proposta de intervenções mais efetivas.

Este estudo buscou reunir informações de pesquisas quantitativas e qualitativas para tentar responder como intervenções psicoeducativas, em suas diferentes modalidades e aplicadas a transtornos variados, contribuem para a busca de tratamento, adesão a este e diminuição dos sintomas (ver Figura 1). Verifica-se que a psicoeducação contribui para a busca de tratamento ao informar indivíduos que seu sofrimento é resultado de um transtorno que pode ser tratado, e não de características pessoais ou estigmatizantes. Posteriormente, contribui para a adesão ao tratamento ao comunicar como o tratamento funciona e quais os resultados esperados (o que as pesquisas mostram e o que outras pessoas com o mesmo transtorno relatam). E é essa contribuição da psicoeducação para a adesão ao tratamento que parece diminuir os sintomas do transtorno, ou seja, os sintomas diminuem porque o indivíduo fez o tratamento, e fez o tratamento porque sabia como funcionava e que resultados esperar. Logo, a psicoeducação atua como “porta de entrada” para a busca e adesão ao tratamento e consequente diminuição dos sintomas.

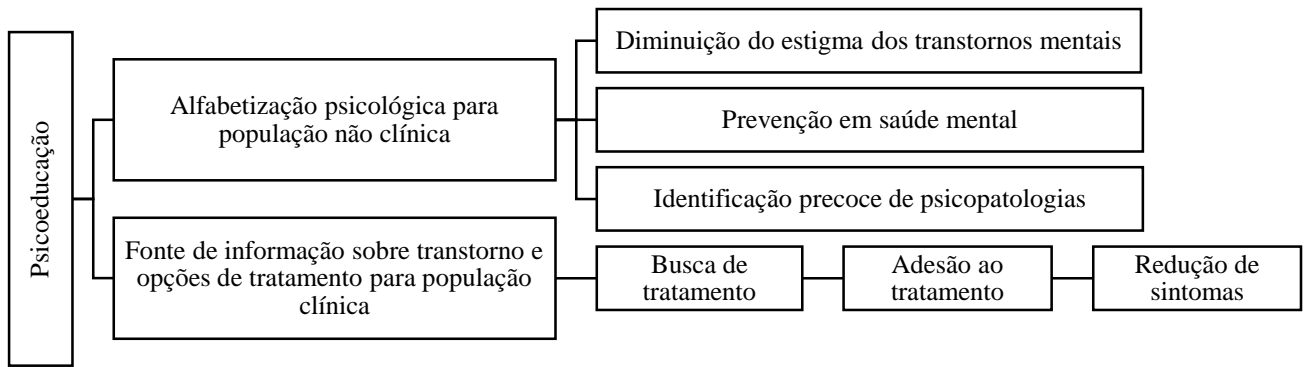


Figura 1. Sistematização das funções da psicoeducação

Foram apresentadas as diferentes formas que a psicoeducação pode assumir, tais como explicação do profissional em atendimento, palestras, manuais, filmes, vídeos, biblioterapia (livros, cartilhas, panfletos). Ademais, ela pode ser realizada presencialmente ou via Internet para um maior alcance da população. Tendo em vista a flexibilidade quanto à sua modalidade e os benefícios que pode trazer, encoraja-se os profissionais da saúde a adotar tal estratégia como forma de orientação em saúde mental, associada à escuta da história do paciente bem como à consideração de seus valores e condições socioculturais para a construção do significado das informações transmitidas. Caso contrário, corre-se o risco de realizar a psicoeducação de maneira mecânica, ou seja, informar por informar, sem verificar se o público-alvo de fato está compreendendo as informações e conseguirá fazer uso das mesmas.

Referências

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBernardo, C. L. (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26(4), 447-463. doi: 10.1177/0145445502026004001

- Alvidrez, J., Snowden, L. R., Rao, S. M., & Boccellari, A. (2009). Psychoeducation to address stigma in black adults referred for mental health treatment: A randomized pilot study. *Community Mental Health Journal, 45*(2), 127-136. doi: 10.1007/s10597-008-9169-0
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28*(1), 43-49. doi: 10.1111/jcap.12103
- Andrade, A. C. F. (1999). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 26*(6). Disponível em: http://www.academia.edu/download/35345744/A_abordagem_psicoeducacional_no_tratamento_do_transtorno_afetivo_bipolar.pdf.
- Authier, J. (1977). The psychoeducation model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Counsellor, 12*(1), 15-22.
- Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric disease and treatment, 11*, 2721-2735. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S88625>
- Bauer, R., Conell, J., Glenn, T., Alda, M., Ardu, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Internet use by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Psychiatry Research, 242*, 388-394. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.055
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed

- Bégin, J. Y., Bluteau, J., Arseneault, C., & Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: Past to Present. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-16. doi: 10.6092/issn.1970-2221/2681
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, 173(1), 79-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Burlingame, G., Ridge, N., Matasuno, J., Hwang, A., & Ernschaw, D. (2006). Educational needs of inpatients with severe and persistent mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(1), 39-43.
- Candido, M. R., Oliveira, E. A. R., Monteiro, C. F. S., Costa, J. R., Benício, G. S. R., e Costa, F. L. L. (2012). Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(3), 110-117
- Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 1-8. doi: 10.1007/s11920-013-0371-6.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl III), 47-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000700011>.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402-407. doi: 10.1001/archpsyc.60.4.402
- Conell, J., Bauer, R., Glenn, T., Alda, M., Arda, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Online information seeking by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 1-14. doi: 10.1186/s40345-016-0058-0

- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M. de, Melzer, D., Ribeiro, R. B., & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito*, 7(7), 38-53.
- Cordioli, A. V. (2014). O início da terapia cognitivo-comportamental. In A. V. Cordioli. *Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo* (155-171). Porto Alegre: Artmed.
- Farina, M., Terroso, L. B., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2013). Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia*, (42), 175-185.
- Figueiredo, Â. L. D., Souza, L. D., & Argimon, I. I. D. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 15-24.
- Gomes, V. P., Miguel, T. L. B., & Miasso, A. I. (2014). Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1203-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2990.2355>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of Web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342-349. doi: 10.1192/bjp.185.4.342
- Gustafsson, M., & Borglin, G. (2013). Can a theory-based educational intervention change nurses' knowledge and attitudes concerning cancer pain management? A quasi-experimental design. *BMC health services research*, 13(1), 328-339. doi: 10.1186/1472-6963-13-328
- Hall, W. (2006). The mental health risks of adolescent cannabis use. *Public Library of Science Medicine*, 3(2), e39. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030039>

- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89-99. doi: 10.1007/s12402-014-0141-2
- Högberg, T., Magnusson, A., Lützén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 86-96. doi: <http://dx.doi-org.ez45.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10597-008-9169-0>
- Ivezić, S. Š., Sesar, M. A., & Mužinić, L. (2017). Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 66-73.
- Janssen, M., Wensing, M., van der Gaag, R. J., Cornelissen, I., van Deurzen, P., & Buitelaar, J. (2014). Improving patient care for attention deficit hyperactivity disorder in children by organizational redesign (Tornado program) and enhanced collaboration between psychiatry and general practice: a controlled before and after study. *Implementation Science*, 9(1), 155-162. doi: 10.1186/s13012-014-0155-3
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351-358. doi: 10.1037/cou0000108
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1), 232-245. doi: 10.1016/j.schres.2007.07.022

- Lovato, L., & Cordioli, A. V. (2014). O uso de medicamentos no tratamento do TOC. In A. V. Cordioli. *Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo* (303-313). Porto Alegre: Artmed.
- Menezes, S. L. & Souza, M. C. B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100017>
- Miranda, F. A. N., Carvalho, G. R. P., Fernandes, R. L., Silva, M. B., & Sabino, M. G. G. (2009). Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 711-716. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500010>
- Nakash, O., Nagar, M., & Kanat-Maymon, Y. (2015). “What should we talk about?” The association between the information exchanged during the mental health intake and the quality of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 514-520. doi: [10.1037/cou0000074](http://dx.doi.org/10.1037/cou0000074)
- Nakash, O., Nagar, M., & Levav, I. (2015). Predictors of mental health care stigma and its association with the therapeutic alliance during the initial intake session. *Psychotherapy Research*, 25, 214-221. doi: [10.1080/10503307.2014.885147](http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.885147)
- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: care, health and development*, 39(5), 617-627. doi: [10.1111/cch.12039](http://dx.doi.org/10.1111/cch.12039)
- Oliveira, C. T. & Dias, A. C. G. (no prelo). Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que, como e para quem informar. *Temas em Psicologia*.
- Oliveira, M. A. F. D., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. D. A., & Claro, H. G. (2014). Assessment procedures of mental health services: an integrative

- review. *Saúde em Debate*, 38(101), 368-378. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: A standard education programme for patients. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 197-200.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), v-vi. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 168-172. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f4e574
- Safren, S. A. (2008). *Dominando o TDAH adulto: Programa de tratamento cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Sehnem, S. B., Rosa, A. P., Quioca, K., Ferreira, M. G., & Baretta, R. A. (2016). *Psicoeducação enquanto técnica da teoria comportamental cognitiva*. Poster session presented at Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra científica, Santa Catarina.
- Siegmund, G., Nonohay, R. G. D., & Gauer, G. (2016). Ensaio de usabilidade de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre transtorno obsessivo-compulsivo. *Temas em Psicologia*, 24(1), 261-276. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-18>
- Simmons, L., Jones, T., & Bradley, E. (2017). Reducing mental health stigma: The relationship between knowledge and attitude change. *European Journal of Mental Health*, 1(12), 25-40. doi: 10.5708/EJMH.12.2017.1.2
- Sudak, D. M. (2012). *Combinando terapia cognitivo-comportamental e medicamentos: uma abordagem baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

- Swadi, H., Bobier, C., Price, L., & Craig, B. (2010). Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, *18*(1), 53-58. doi: 10.1080/10398560902721580
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, *51*(3), 171-172. doi: 10.4103/0019-5545.55082
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(10), 894-900. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5.
- Watkins, C. E. (1985). Counseling psychology, psychoeducation, and health psychology: A comment on Klippel and DeJoy. *Journal of Counseling Psychology*, *31*(1), 147-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.32.1.147>

II. Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: o que, como e para quem informar?²

Resumo: O objetivo deste estudo foi caracterizar as publicações científicas sobre psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura em oito bases de dados nacionais e internacionais. Utilizou-se a combinação das palavras-chave TDAH e psicoeducação. No total, foram encontrados 504 trabalhos completos, mas apenas 29 preencheram os critérios de inclusão para análise na íntegra. As informações foram organizadas nas categorias: conceito de psicoeducação, público-alvo, foco da psicoeducação do TDAH, variáveis relacionadas à psicoeducação do TDAH, e características das intervenções em psicoeducação do TDAH. Verificou-se que nem todas as publicações apresentam claramente o conceito de psicoeducação utilizado. Em geral, a psicoeducação tem sido destinada a familiares de pessoas com TDAH, e conduzida em formato de sessões grupais, palestras e manuais. A psicoeducação do TDAH contribui para maior conhecimento sobre o transtorno, adesão ao tratamento, qualidade de vida e menor intensidade dos sintomas do TDAH.

Palavras-chave: transtorno da falta de atenção com hiperatividade, psicoeducação, revisão de literatura.

Abstract: The aim of this study was to review scientific publications about Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) psychoeducation. A systematic review of literature was performed in eight national and international databases using the combination of ADHD and psychoeducation as keywords. In total, 504 studies were found, although only 29 met the inclusion criteria. Afterwards, the information was organized into categories: the concept of psychoeducation, target population, focus of ADHD psychoeducation, variables related to

² Artigo aceito para publicação na Revista Temas em Psicologia, volume 26, número 1, 2018

ADHD psychoeducation, and the characteristics of intervention on ADHD psychoeducation. Results show that not all studies present the concept of psychoeducation adopted by the authors. In general, psychoeducation has focused on the relatives of people with ADHD and carried out as group sessions, lectures, and manuals. ADHD psychoeducation contributes to a better understanding of the disorder, treatment adherence, quality of life, and decreased symptoms of ADHD.

Keywords: attention deficit disorder with hyperactivity, psychoeducation, literature review.

Resumen: El objetivo de este estudio fue caracterizar las publicaciones científicas sobre la psicoeducación del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Se realizó una revisión sistemática de la literatura en ocho bases de datos nacionales e internacionales con la combinación de palabras clave psicoeducación y TDAH. En total, fueron encontrados 504 estudios, pero sólo 29 cumplieron los criterios de inclusión para el análisis en su totalidad. La información se organiza en categorías: concepto de la psicoeducación, la audiencia, el enfoque de la psicoeducación del TDAH, las variables relacionadas con la psicoeducación del TDAH, y características de las intervenciones en la psicoeducación del TDAH. Se ha encontrado que no todas las publicaciones muestran claramente el concepto de psicoeducación utilizado. En general, la psicoeducación se ha diseñado para familiares de personas con TDAH, y llevado a cabo en el formato de sesiones de grupo, conferencias y manuales. La psicoeducación del TDAH contribuye a un mayor conocimiento sobre el trastorno, la adherencia al tratamiento, calidad de vida y menor intensidad de los síntomas del TDAH.

Palabras-clave: Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, psicoeducación, revisión de literatura.

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by a persistent pattern of inattention, hyperactivity, and impulsivity (APA, 2013). These symptoms are of neurobiological origin and are due to the inability to sustain attention, inhibit impulsive reactions and think before acting (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002). As a result, people diagnosed with this disorder tend to present academic, professional, family, and social impairments. Additionally, ADHD is considered a chronic disease. Symptoms begin before the age of 12 (APA, 2013), tend to remain throughout life in approximately 70% of cases (Lara et al., 2009) and change according to the period of individual development. In adulthood, inattention can be manifested by avoiding activities that require attention maintenance, such as watching movies and reading; hyperactivity in the form of internal restlessness or discomfort; and impulsiveness may appear in decisions made without thinking about the consequences (Conners, 2009).

Regardless of the developmental stage, treatment for people with this disorder involves a combination of medication (to minimize the symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity) and the adoption of psychological interventions, such as those proposed by cognitive-behavioral therapy (CBT), which aim to develop strategies to deal with residual symptoms (Mongolia & Hechtman, 2016; Sprich, Safren, Finkelstein, Remmert, & Hammerness, 2016). However, nonadherence to treatment may range from 13.2% to 64.0% (McCarthy, 2014). Among the factors that concur to nonadherence are the lack of knowledge of ADHD, medication characteristics, and treatment goals (Charach & Fernandez, 2013). Therefore, providing information about these aspects to patients and their families is important for them to seek and maintain adequate treatment.

The use of the term psychoeducation began in the 1980s and referred to the transmission of information about mental disorders to family members and psychotic patients. In the 1990s, psychoeducation focused on other groups with different mental disorders (such as bipolar

disorder, post-traumatic stress disorder, etc.) (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015). Currently, this term refers both to the provision of relevant information to patients about the disorder (diagnosis, etiology, functioning), treatment and prognosis, as well as to the clarification of doubts and corrections of distorted information. Psychoeducation aims to broaden the knowledge of the patient/ family member about their problem (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010) in order to increase the understanding of their condition and help in decision making based on reliable information, as well as to promote treatment adherence (Bégin, Bluteau, Arseneault, & Pronovost, 2012; Bonsack et al., 2015, Swaminath, 2009). Didactic manner and appropriate language should always be considered for the target population, which may consist of patients, family members, educators, and health professionals. The transmission of such knowledge can be done in different forms, individually or in groups, and include lectures, conversation wheels, manuals, videos or bibliotherapy (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015). Psychoeducation presents various benefits, such as increased knowledge about the disorder, motivation for change, participation in treatment, satisfaction with psychological treatment, greater adherence to it, and relapse reduction (Burlingame, Ridge, Matasuno, Hwang & Ernschaw, 2006, Knapp, 2004, Nussey, Pistrang, & Murphy, 2013).

Psychoeducation programs are more effective in reducing the symptoms of ADHD when compared to isolated drug treatments, which indicates psychoeducation as a valid additional approach for treating ADHD (Ferrin et al., 2016). In addition, identifying information relevant to each case, tailoring the information transfer according to the characteristics of the target population, and verifying if the message was in fact understood may contribute to the patient's engagement in treatment (Burlingame et al., 2006; Knapp, 2004). Therefore, the objective of this study was to characterize scientific publications on the psychoeducation of ADHD. In particular, the objective was to identify the concept of psychoeducation used by researchers, to

whom psychoeducation is intended, as well as the focus of psychoeducation and the related variables and interventions in psychoeducation for ADHD.

Method

A systematic review of the literature on psychoeducation of ADHD was carried out. The search was performed on the Scielo Brazil, Index Psi, Pepsic, Lilacs, ScienceDirect, PsycINFO, Medline, and Scopus databases. These databases were chosen based on their access to the full texts of national (Scielo Brazil, Index Psi and Pepsic) and international publications (Lilacs, ScienceDirect, PsycINFO, Medline and Scopus) in the electronic medium. Combinations between the descriptors *ADHD/TDAH* or *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder/Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* with *psychoeducation/psicoeducação*, *bibliotherapy/biblioterapia* or *psychoeducational intervention/intervenção psicoeducativa* were used in the abstract field. These keywords were chosen based on the purpose of the study.

In total, 504 complete papers were found. Searches in the Brazilian databases identified only three papers using the combined descriptors. Of these, only one was incorporated into the final sample (Mesquita, Porto, Rangé, & Ventura, 2009), since the other two were duplicates or unavailable. The remaining 501 articles were retrieved from international databases, in which two judges read the abstracts in order to delimit the sample of papers. The inclusion criteria for article participation in the final sample of this study were: i) to address psychoeducation of ADHD, ii) to be written in Portuguese, English or Spanish, and iii) to be published in scientific journals, meaning books, book chapters, dissertations and theses were not included. In this stage of analysis, 475 studies were excluded (Figure 1). The concordance index among judges was 89.65%. Disagreements were solved by accessing the publications as a whole and re-evaluating them according to the first inclusion criterion.

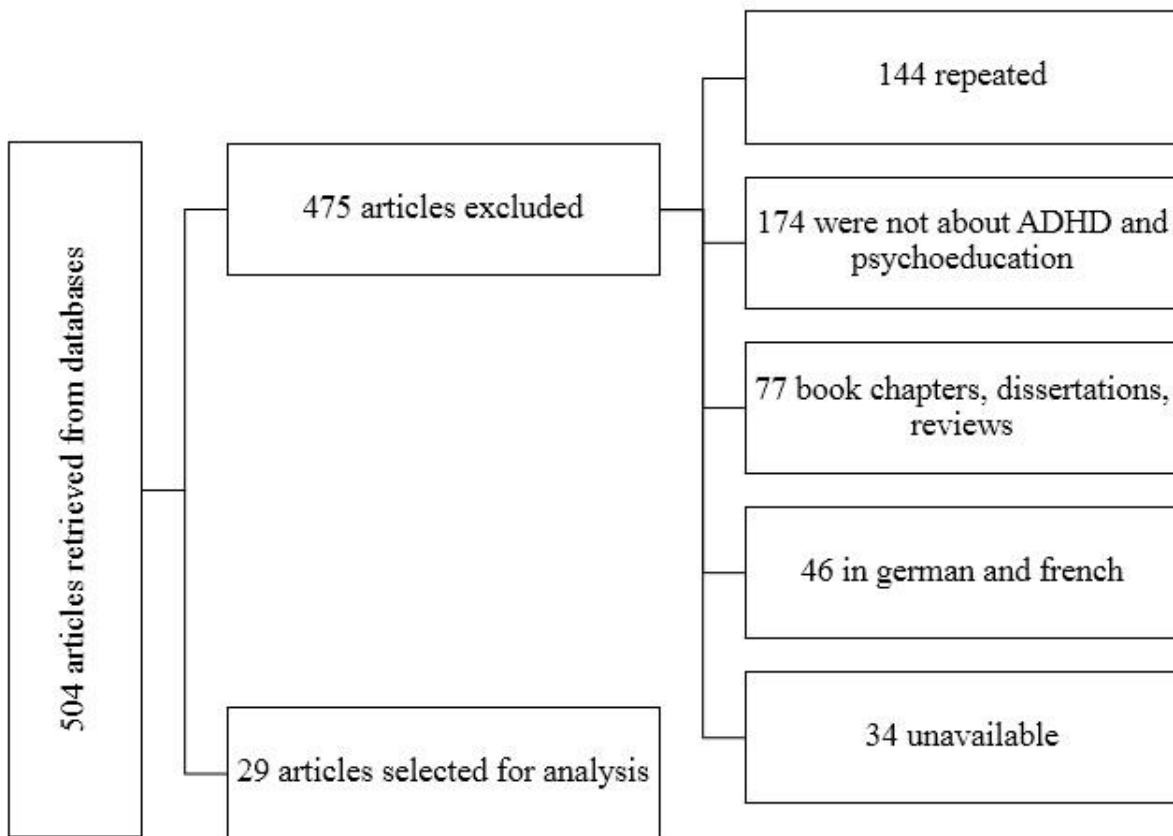


Figure 1. Screening procedures of retrieved articles

The final sample consisted of 29 international publications, which were evaluated in four stages: exploratory, selective, analytical and interpretive reading (Gil, 2006). In the first stage, the papers were read entirely. In the second stage, an in-depth reading of the method, results and conclusion sections was done. The third stage consists of organizing the information in order to identify the main characteristics of psychoeducation (concept, target population, focus and related variables). The fourth and final step groups the information into categories defined a priori, based on the objective of the study: i) concept of psychoeducation, ii) target population, iii) focus of ADHD psychoeducation, iv) variables related to psychoeducation of ADHD, v) characteristics of interventions in psychoeducation of ADHD.

Results and discussion

Overall, 29 international studies were analyzed, in which 14 had experimental designs (Aguiar et al., 2014; Anderson & Guthery, 2015; Bai et al., 2015; Ferrin et al., 2014; Hirvikoski et al., 2015; Janssen et al., 2014; Kądziela-Olech, 2012; Korzeniowski & Ison, 2008; Long et al., 1993; McCarty et al., 2015; McCleary & Ridley, 1999; Montoya et al., 2014; Myers et al., 2010; Vidal et al., 2013); eight were literature reviews (Asherson, 2012; Hernández & Gutiérrez, 2014; Hill, 2015; Knouse, Cooper-Vince, Sprich, & Safren, 2008; Montoya et al., 2011; Murphy, 2005; Nussey et al., 2013; Young, 1999); four were surveys (Altin, Altin & Semerci, 2016; Bussing, 2012; Coletti et al., 2012; Palacios-Cruz et al., 2013); and three were case studies (Hogue & Bobek, 2016; Levine & Anshel, 2011; Mesquita et al., 2009). In general, studies with an experimental design and case studies consist of ADHD psychoeducational interventions for family members of children or adolescents with ADHD. Literature reviews presented ADHD psychoeducation for children, adolescents, adults, family, and school and health professionals. Finally, the survey studies sought to assess the knowledge of adolescents, parents and teachers about ADHD. Information on the concept of psychoeducation adopted by the researchers, target population, psychoeducation focus, and related variables are described in Table 1.

Table 1. Characteristics of ADHD psychoeducation in this sample of articles

Authors (year)	Target population	Concept of psychoeducation	Psychoeducation focus	Related variables
Aguiar et al. (2014)	Elementary School Teachers	None	ADHD (symptoms, etiology, clinical vignettes, strategies for dealing with the disorder)	None
Altin et al. (2016)	Adults with ADHD	Part of the treatment that helps the patient and his/her family to give meaning to symptoms and obtain awareness about the disorder and its impacts	None	None
Anderson & Guthery (2015)	Parents of children with ADHD or ADHD symptoms	None	Mindfulness	Stress
Asherson (2012)	Adolescents and adults with ADHD	None	Medication and coping strategies	None
Bai et al. (2015)	Relatives of children (6-16 years old) with ADHD	Specific therapeutic program focusing on didactic communication of information and providing patients and families with coping skills	ADHD (symptoms, causes, lifelong harm), medication (side effects, efficacy and safety), treatment options (efficacy)	Knowledge about ADHD and medication
Bussing (2012)	Adolescents with high and low risk of developing ADHD	Health Belief Model (HBM) assesses patient perceptions that can be targets of psychoeducational interventions, including perceptions of disorder seriousness, susceptibility, and benefits of interventions	None	ADHD knowledge of adolescents and their parents and preferred information sources
Coletti et al. (2012)	Parents of children with ADHD	None	ADHD and medication	Decision to initiate medication treatment
Ferrin et al. (2014)	Relatives of children/adolescents with ADHD	Systematic and didactic approach, adequate for informing patients and their relatives about the disorder and its treatment, facilitating its understanding and personal handling	ADHD and behavior strategies to handle symptoms	ADHD symptoms, psychopathology, quality of life, family stress
Hernández & Gutiérrez (2014)	Patients, relatives and teachers	Strategy to inform patients, parents and teachers about the disorder based on scientific knowledge	Correct distorted beliefs about etiology, symptoms, diagnosis, treatment, and management strategies	None
Hill (2015)	Children, parents, schools, and health professionals	None	ADHD (causes, comorbidity, impairments), medication (limitations)	None
Hirvikoski et al. (2015)	Adults with ADHD and their relatives	Well-established, evidence-based intervention for several psychiatric disorders that aims to empower patients and	ADHD in adulthood, impairment at work and in relationships,	Treatment satisfaction, dropout rate, self-esteem,

		their significant others with knowledge about the disorder and its treatment		pharmacological and psychological treatment, coping strategies, and services available	knowledge about ADHD, quality of life
Hogue & Bobek (2016)	Adolescents with ADHD and their relatives	A set of interactive educational interventions that provides structured information about ADHD. This information is packaged in an easy-to-digest format and sets the stage for developing a unique family profile of ADHD symptoms and related behavioral characteristics for each client		ADHD symptoms, course of the disorder, effects on multiple domains of functioning (family, school, peers), and individual differences associated with ADHD in adolescents	School performance, self-efficacy, self-regulation of academic skills, collaboration between parents and school
Janssen et al. (2014)	Parents of children and adolescents with ADHD	None		None	ADHD symptoms, mental health, quality of life, treatment adherence
Kądziela-Olech (2012)	Parents of children with ADHD	Information about the disorder and its treatment for patients, family and teachers		ADHD (etiology, diagnostic) and treatment.	Severity of ADHD symptoms
Knouse et al. (2008)	Adults with ADHD	None		ADHD	None
Korzeniowski & Ison (2008)	Parents and teachers of children with ADHD	None		ADHD, school difficulties, strategies to cope with symptoms	ADHD symptoms, problematic behaviors, educative strategies, symptoms of depression (sadness and low self-esteem)
Levine & Anshel (2011)	Child (eight years old), mother and teacher	Giving people information about their diagnosis encourages the development of independent problem-solving skills		Diagnostic, worries about peer rejection, and motivation to participate in behavioral interventions	
Long et al. (1993)	Relatives of children (6-11 years old) with ADHD	Bibliotherapy: reading as a therapeutic technique		Use of social learning principles in the management of children.	ADHD symptoms, child's behavior, knowledge about behavioral techniques
McCarty et al. (2015)	Caregivers of children with ADHD	Pictures, graphs, and a brief text to help caregivers and children understand that ADHD and its related behaviors are "brain-based" and the goals of treatment		ADHD (etiology, neurobiology, comorbidities, treatments, impact on life phases), behavior reinforcement and extinction strategies, and parent abilities to handle symptoms	Caregivers' engagement
McCleary & Ridley (1999)	Parents of adolescents with ADHD	Improve parents' abilities to cope with and manage the problems associated with adolescent ADHD by: providing information about ADHD, enhancing parenting skills (negotiation and conflict management skills), and supporting parents' sense of competence		ADHD and coping strategies	None

Mesquita et al. (2009)	Adults with ADHD	Allow patients to recognize his/her symptoms, impairments and coping strategies	ADHD, cognitive model, pharmacological treatment and comorbidities	Depression
Montoya et al. (2011)	Parents and teachers of children and adolescents with ADHD	A novel treatment paradigm, which includes information about the illness and its treatment, skill development, and patient empowerment besides being considered a well-established evidence-based practice for some severe psychiatric disorder in the adulthood	ADHD, comorbidities, treatment adherence, relationship with parents, peers and teachers, social skills, quality of life	None
Montoya et al. (2014)	Parents of children with ADHD	None	ADHD (etiology, symptoms, comorbidities, diagnostic, treatment, prognostic), coping strategies, social skills, and attention problems solution	Pharmacological treatment
Murphy (2005)	Adolescents and adults with ADHD	A sound knowledge base can help patients and family members cope more effectively; help patients make sense of what has been impairing them; and assist them in setting realistic treatment goals. Explaining the rationale for making the ADHD diagnosis and ways in which the patient meets the DSM-IV criteria can help demystify the diagnosis and put it in the context of each patient's own unique life experience	ADHD (diagnostic criteria, effects on the patient's life, treatment)	None
Myers et al. (2010)	Children (6-12 years old)	None	ADHD (etiology and management)	ADHD symptoms, treatment adherence and satisfaction
Nussey et al. (2013)	Parents, teachers and peers (children and adults)	None	ADHD and Tourette	None
Palacios-Cruz et al. (2013)	Teachers	None	Assessment of teachers' knowledge about it	ADHD knowledge and beliefs
Vidal et al. (2013)	Adults with ADHD	Intervention focused on improving the patients' understanding and awareness of the disorder	ADHD (symptoms, causes, impairments) and treatment (medication), relaxation and cognitive model of ADHD	ADHD symptoms, depression, quality of live
Young (1999)	Adults with ADHD	Dispelling erroneous beliefs about the disorder and providing information about its etiology and prognosis	ADHD (etiology, prognostic and associated factors)	Self-esteem, treatment adherence

Concept of psychoeducation

Psychoeducation is a result of the integration of several theories and complementary clinical models, such as cognitive-behavioral theory, learning theory, group practice model, stress modeling and coping strategies, social support model, among others (Lukens & McFarlane, 2004). For instance, professionals can apply psychoeducation as an isolated cognitive intervention (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006) or as a strategy in CBT to increase the understanding of patient's symptoms and engage her or him in treatment (Knapp, 2004). Therefore, the definition of what researchers understand by psychoeducation is relevant to facilitate the understanding of professionals interested in applying study results to their practice.

Some analyzed articles did not present the concept of psychoeducation adopted by the authors (Aguiar et al., 2014; Anderson & Guthery, 2015; Asherson, 2012; Coletti et al., 2012; Hill, 2015; Janssen et al., 2014; Knouse et al., 2008; Korzeniowski & Ison, 2008; Montoya et al., 2014; Myers et al., 2010; Nussey et al., 2013; Palacios-Cruz et al., 2013). One study (Murphy, 2005) described the benefits of patients and families in acquiring knowledge about ADHD, how to identify what harms them, and how to develop realistic treatment goals. However, this study did not present a clear definition of psychoeducation.

Other studies defined psychoeducation as a form of interactive intervention between professionals and the patient(s)/family (Bai et al., 2015, Hirvikoski et al., 2015, Hogue & Bobek, 2016, Montoya et al., 2011). Psychoeducational intervention assesses perceptions of the disorder and treatment (Bussing, 2012; Young, 1999), and then provides information about ADHD and coping strategies in a systematic and didactic way (Bai et al., 2015; Ferrin, et al. Hogue & Bobek, 2016, Montoya et al., 2011). Its goal is to help patients and others involved to understand the disorder, its consequences and treatment goals (Altin et al., 2016; Hernández & Gutiérrez 2014; Kądziela-Olech, 2012; Levine & Anshel, 2011; McCarty et al., 2015;

Hirvikoski et al., 2015) as well as empower patients and their relatives in dealing with problems associated with the disorder (Levine & Anshel et al., 2009; Vidal et al., 2013; Young, 1999; McCarty & Ridley, 1999; Mesquita et al., 2009). Furthermore, bibliotherapy is an alternative that consists of reading as a therapeutic technique, since self-help manuals can be an effective tool for a variety of problems (Long et al., 1993).

These results reveal the need of clearly defining what the authors understand by psychoeducation and its application as the main intervention or as part of a more comprehensive treatment strategy. Specifying its application in clinical and community settings for various target populations may also be useful for clinicians and researchers (Lukens & McFarlane, 2004).

Focus of ADHD psychoeducation

The objective of psychoeducation is to provide relevant information to the patient or other people interested in a particular subject (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010). In the sample analyzed, the focus of psychoeducation addressed the disorder itself and treatment options. In particular, the psychoeducation about the disorder itself involved the following aspects: i) symptoms of the disorder (Aguiar et al., 2014; Bai et al., 2015; Coletti et al., 2012; Hernández & Gutiérrez 2014; Hirvikoski et al., 2015; Hogue & Bobek, 2016; Kądziela-Olech, 2012; Levine & Anshel, 2011; Mesquita et al., 2009; Montoya et al., 2014; Murphy, 2005; Nussey et al., 2013; Vidal et al., 2013), ii) causes (Aguiar et al., 2014; Bai et al., 2015; Hernández & Gutiérrez 2014; Hill, 2015; McCarty et al., 2015; Montoya et al., 2014; Myers et al., 2010; Vidal et al., 2013; Young, 1999), iii) impairments due to the disorder (Bai et al., 2015; Hill, 2015; Hirvikoski et al., 2015; Hogue & Bobek, 2016; Kądziela-Olech, 2012; McCarty et al., 2015; McCleary & Ridley, 1999; Murphy, 2005; Vidal et al., 2013), and iv)

existing comorbidities (Hill, 2015; McCarty et al., 2015; Mesquita et al., 2009; Montoya et al., 2011; Montoya et al., 2014).

Psychoeducation regarding ADHD addressed topics such as medication (Asherson, 2012; Bai et al., 2015, Coletti et al., 2012; Hill, 2015; Hirvikoski et al., 2015; Mesquita et al., 2009; Vidal et al., 2013) and strategies for symptom management (Ferrin et al., 2014, Hernández & Gutiérrez 2014, Hirvikoski et al., 2015, McCarty et al., 2015, McCleary & Ridley, 1999, Montoya et al. 2014; Myers et al., 2010). In cases of psychoeducation of relatives of children or adolescents with ADHD, intervention also addressed necessary parenting skills for caregivers to improve their relationship with the child and better manage the symptoms of the disorder (Kądziała-Olech, 2012; Levine & Anshel, 2011; Long et al. 1993, Montoya et al., 2011, Montoya et al., 2014).

One of the studies analyzed did not address psychoeducation itself, although it investigated the level of knowledge adolescents (with high and low risk for ADHD) and their parents had about the disorder. Participants reported incorrect information about ADHD (such as believing that elevated sugar consumption or misuse of medication could cause it) although they thought they were familiar with it. This highlights the need to increase access to information about ADHD. In addition, it is also possible to observe in the paper that adolescents and parents often seek information on the internet, social networks, and television, although only parents search for printed material and health professionals' opinions (Bussing et al., 2012). Another study showed that parents value the attempts of professionals to explain the disorder and use of medication. However, parents varied in their preference concerning the amount of information received and the way information was made available. Some parents preferred detailed information in the form of a pamphlet and/or the internet, while others preferred brief information transmitted orally by health professionals (Coletti et al., 2012).

These results indicate sources to access the target population at the time of ADHD psychoeducation.

Another study assessed the knowledge and beliefs of public and private school teachers about ADHD. Most teachers considered ADHD a mental disorder (79.3%) and reported the psychologist as the competent professional to perform its diagnosis and treatment. On the other hand, less than half (44.1%) believed that combined therapy is the ideal option and just 14.7% thought medication was the main component of treatment. Nevertheless, they recognized the effects of treatment on the social and academic functioning of students with ADHD (Palacios-Cruz et al., 2013). These results indicate the need to psychoeducate teachers about the etiology of ADHD as well as treatment options and efficacy. After all, teachers interact with students on a daily basis and can assist in the identification and referral of those who may be affected by the disorder.

Target population

One of the factors that determine the format of psychoeducation is the target population for which it is intended. In the analyzed sample, psychoeducation was performed for one or more populations. Most studies have developed psychoeducation aimed at family members of children and adolescents with ADHD (Anderson & Guthery, 2015; Bai et al., 2015, Coletti et al., 2012, Ferrin et al., 2014, Hernández & Gutiérrez 2014; , McCreary et al., 1993, McClelland et al., 2005, and McCleary et al. (Hirvikoski et al., 2006), or of adults with ADHD (Hirvikoski et al., 2015). One study was conducted with children with ADHD (Levine & Anshel, 2011), four with adolescents with ADHD (Asherson, 2012, Bussing, 2012, Hogue & Bobek, (1998), Murphy, 2005), and eight with adults with ADHD (Altin et al., 2016; Asherson, 2012; Hirvikoski et al., 2015; Knouse et al., 2008; Mesquita et al., 2009; Murphy, 2005; Vidal et al., 2013; Young, 1999). The other studies addressed psychoeducation of ADHD for teachers

(Aguiar et al., 2014, Hernández & Gutiérrez 2014, Hill, 2015, Kądziela-Olech, 2012, Korzeniowski & Ison, 2008, Montoya et al., 2011; Nussey et al. 2013, Palacios-Cruz et al., 2013) and basic health professionals (Hill, 2015).

Notably, researchers have a growing concern of whether psychoeducation should be directly delivered to the family members rather than the patients themselves. There are two possible explanations for this point in question. The first justification is that, historically, ADHD has been considered an exclusive disorder of childhood. Thus, the treatment of the child with ADHD depended on the engagement of the parents, which justifies the need to psychoeducate the relatives of children and adolescents with the disorder. Evidence that ADHD interferes with patients' self-esteem (APA, 2013) highlights the need to also adapt psychoeducation for children, adolescents and adults in 2004 (Lukens & McFarlane, 2004). However, despite being over a decade later, the number of published studies about ADHD psychoeducation targeted at patients is still lower than those intended for their family members. The second possible explanation is that ADHD in adults only began to be studied of late and was just recently been inserted in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013), which may also justify the modest number of studies on psychoeducation for this population. Despite the gaps identified in the reports of psychoeducation for different publics, it is recommended that the general population receive especial attention regarding ADHD psychoeducation, since it can contribute not only to the identification of untreated cases but also increase positive attitudes towards people with ADHD (Nussey et al., 2013).

Variables related to the ADHD psychoeducation

The studies analyzed found that ADHD psychoeducation was related to greater adherence to treatment by patients and relatives, higher levels of stress (Anderson & Guthery, 2015, Ferrin et al., 2014; Hirvikoski et al., 2015), improved self-esteem (Young, 1999), greater knowledge

about the disorder (Aguiar et al., 2014; Bai et al., 2015, Hirvikoski et al., 2015), better quality of life (Ferrin et al., 2014, Hirvikoski et al., 2015; Janssen et al., 2014; Vidal et al., 2013), decreased symptoms of ADHD and other psychopathologies (Ferrin et al., 2014; Janssen et al., 2014; Kądziela-Olech, 2012; Korzeniowski & Ison, 2008; Levine & Anshel, 2011; Long et al., 1993; Mesquita et al., 2009; Myers et al., 2010; Vidal et al., 2013), greater collaboration between caregivers and schools, and higher levels of academic achievement (Hogue & Bobek, 2016).

The variables associated with ADHD psychoeducation in the studies analyzed are in line with the variables used to measure the impact on psychoeducational interventions in general. Evidence on psychoeducation programs in general shows that it seems to be associated with the reduction of symptoms linked to ADHD, anxiety, and depression (regardless of the focus of psychoeducation), in addition to greater adherence and satisfaction with the treatment, greater knowledge, improved self-esteem, coping strategies and quality of life (Lukens & McFarlane, 2004).

Characteristics of interventions in ADHD psychoeducation

In the analyzed sample, 17 studies presented psychoeducational interventions for people with diagnosis or signs of ADHD. The diagnosis was made by triangulation of data in five surveys (Bai et al., 2015, Ferrin et al., 2014, Hirvikoski et al., 2015, Levine & Anshel 2011, Montoya et al., 2014). In fact, the diagnosis of ADHD is clinical and requires the collection of information from different sources, such as scales and semi-structured interviews based on the DSM-5 criteria with the patient, collection of information with the individual's relatives, identification of the contexts in which nuclear symptoms are present, as well as the functional impairment associated with them (Mattos et al., 2006). The other studies analyzed based the diagnosis only on diagnostic criteria (Hogue & Bobek, 2016; Kądziela-Olech, 2012; Vidal et

al., 2013), scales (McCarty et al., 2015, Mesquita et al. (Janssen et al., 2014, McCleary & Ridley, 1999; Long et al., 1993; Myers et al., 2010) or trust in prior clinical diagnosis (Korzeniowski & Ison, 2008), which can lead to misdiagnosis since ADHD and other disorders share similar symptoms such as mood and anxiety disorders (Searight, Burke, & Rootnek, 2000).

Most interventions consisted of a set of interactive group sessions (Ferrin et al., 2014, Hirvikoski et al., 2015, Hogue & Bobek, 2016, Korzeniowski & Ison, 2008, McCleary & Ridley, (Bai et al., 2006), while others occurred in the form of lectures associated with dealing with the disorder (Aguiar et al., 2014, Bai et al., 2015), bibliotherapy (Anderson & Guthery, (Levine & Anshel, 2011), and individual encounters (Levine & Anshel, 2011, Mesquita et al., 2009). Only two studies reported who received psychoeducation without describing how it was performed (Janssen et al., 2014; Myers et al., 2010). Another study reported the follow-up of a monthly psychoeducational intervention for parents and teachers of children with ADHD after one and 10 years, although it did not describe how psychoeducation was performed (duration, individual or group, place, team) (Kądziela-Olech, 2012).

In all studies, questionnaires and scales were used to assess the outcome variables at least twice (pre and post intervention), except for three studies that performed qualitative assessments (Hogue & Bobek, 2016; Korzeniowski & Ison, 2008; Levine & Anshel, 2011). Process measures, such as presence in sessions, dropout rate, and training of facilitators were rarely assessed. The study of Aguilar et al. (2014) described the training offered to the professional team that conducted the intervention, and the one by Myers et al. (2010) evaluated the presence of the parents in the intervention sessions.

Table 2. Characteristics of ADHD psychoeducation interventions

Authors (year)	ADHD diagnosis	Intervention model	Assessment
Aguiar et al. (2014)	None (teachers)	One six-hour session: well-balanced mixture of lectures on ADHD, presentations of clinical vignettes specially constructed for challenging potential misconceptions, followed by a vivid group discussion about ADHD issues (etiology and strategies for managing ADHD at school). Written manual summarizing the content discussed.	Questionnaire to assess ADHD knowledge (symptoms, etiology, strategies to handle the disorder and treatment)
Anderson & Guthery (2015)	Children with ADHD or ADHD traits	Bibliotherapy for parents (<i>Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting</i>)	PSI-4-SF, Evaluation of the Mindful Parenting Education Study, treatment satisfaction
Bai et al. (2015)	Based on DSM-IV, on Barkley's Clinical Diagnostic Interview Scale and on a psychiatrist evaluation	Two 40-minute sessions with a maximum of 10 parents in order to give information about side effects and answer questions. Lecture and manual for parents based on four components: 1- ADHD information 2- Treatment-related information outlining pharmaceutical and non-pharmaceutical approaches 3- Barriers to adherence and coping skills 4- Parenting skills for ADHD children and adolescents The manual included forms on which to record children's medication-taking behavior and side effects. <i>Online</i> community with information about health, communication with other parents and with those responsible for interventions	Questionnaire about ADHD and medication, questions about medication adherence, TPB model, ADHD Rating Scale-IV, and program satisfaction
Ferrin et al. (2014)	Based on DSM-IV, confirmed by clinic interview with psychiatry, structured interview (KSADS-PL)	12 weekly sessions of 90 minutes for groups (a maximum of 10 relatives) Sessions 1-9: ADHD Sessions 10-12: behavioral strategies for ADHD symptoms management and reduction of defiant behavior. Hand-outs at the end of each session.	K-SADS-PL, Conners' Parent Rating Scale Revised 27-items version, Strengths and Difficulties Questionnaire, Clinical Global Impression Scale, PSI-SF, EuroQoL Five Dimension Questionnaire, PedsQLTM Family Impact Module
Hirvikoski et al. (2015)	Based on clinic interview according to DSM-IV-TR, WURS, ASRS, and family information	PEGASUS: eight sessions (150 min with a 30-minute break) in groups (20-30 people with ADHD and significant others) 1- ADHD in adulthood 2- Pharmacological and psychological treatment: 3- Lifestyle factors	ADHD 20 questions, QAFM, Rosenberg's Self-Esteem Scale, Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Quality-of-Life (AAQoL) Scale, Burden Assessment Scale

		<p>4- Structure and strategies in everyday life 5- Living with ADHD 6- ADHD in relationships 7- ADHD at work 8- Service and support provided by society Method: audiovisual material and group discussion</p>	
Hogue & Bobek (2016)	Diagnostic criteria for ADHD	<p>CASH-AA 1- ADHD psychoeducation 2- Motivation and preparation 3- Behavior change 4- Collaboration ADHD Style Index and checklists (Problem Scorecards) for ADHD and executive functions psychoeducation</p>	None
Janssen et al. (2014)	Clinic interview	None	ADHD Rating Scale, Health of the Nation Outcome Scale, Kidscreen-10, Morisky Adherence Scale
Kądziela-Olech (2012)	CID-10 criteria	<p>Monthly visits to parents. Modules: 1- Diagnostic 2- Difficulties kids can face in school with family and peers 3- Regulation of the child's lifestyle to assure education and consolidation of desirable habits 4- Reducing the amount of incentives which stimuli and release anxiety 5- Adjustment of parental expectation regarding children behavior Information for teachers about ADHD nature and how to handle kids in school</p>	Diagnostic Interview Schedule for Children
Korzeniowski & Ison (2008)	Previous ADHD diagnosis	<p>Eight weekly sessions for parents. Modules: 1- Information about ADHD 2- Factors that interfere in ADHD children's behavior 3- School difficulties and strategies for paying attention 4- Chips economy 5- Schedule 6- Establishing limits 7- Identifying resources 8- Problem solving Eight weekly sessions for teachers. Modules: 1- Information about ADHD 2- ADHD children and educational context</p>	Semi structured interview

		<ul style="list-style-type: none"> 3- Organization and study habits 4- ADHD children's attention and motivation 5- Strategies to handle hyperactivity and impulsivity in classroom 6- Behavior management and interpersonal relationships 7- Strategies optimization 8- Future problems 	
Levine & Anshel (2011)	Child observation, interview with child, mother and teacher, National Initiative for Children's Healthcare Quality (NICHQ, based on DSM-IV), Teacher Rating Scale of the BASC-II	<p>Modules:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Cognitive-behavioral interventions 2- Behaviorally based parent and teacher training 3- Literature about ADHD, online information and a list of support group for the mother 4- Psychoeducation about ADHD, CBT and coping strategies 	Classroom observations, interview with the mother and teacher
Long et al. (1993)	Clinic interview with pediatrician	Bibliotherapy: techniques for child's oppositional behavior management (reinforcement, ignore, give instructions, time-out).	Conners Parent Rating Scale-Hyperactivity Index (CPRS-HI), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), Behavior Rating Profile-Teacher Rating Scale (BRPT), Knowledge of Behavioral Principles as Applied to Children (KBPAC)
McCarty et al. (2015)	Child Behavior Checklist and Computerized Diagnostic Interview Schedule for Children	<p>Six weekly sessions. Modules:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Understanding ADHD and your child 2- School advocacy for children with ADHD 3- Praising and ignoring skills 4- Giving clear instruction and following through 5- <i>Time out and other consequences</i> 6- Putting it all together 	Child Behavior Checklist, Computerized Diagnostic Interview Schedule for Children, IOWA Conners' Rating Scale, Global Assessment of Improvement scale
McCleary & Ridley (1999)	Clinic interview	<p>Ten weekly sessions of 120 min in groups of 8-24 parents</p> <p>Modules: problem solving, getting to know your kid – again, planned ignoring, contingency planning, planning ahead, time out – grounding, sibling relationships, school-related problems, and peer relationships.</p>	Sociodemographic questionnaire, Conflict Behavior Questionnaire (CBQ), Issues Checklist, and a specific qualitative questionnaire in the end of the program
Mesquita et al. (2009)	DSM-IV criteria and ASRS	<p>Twenty weekly sessions of 50 min focusing on ADHD and depression symptoms reduction.</p> <p>Techniques: psychoeducation, problem solving, Socratic questioning, cognitive restructure, schedule activities, reminders and alarms, prioritization, time management, and organization</p>	BDI, BAI and ASRS

Montoya et al. (2014)	DSM-IV-TR criteria, ADHD-RS-IV Parent: Inv, Clinical Global Impression-ADHD Severity	Five weekly sessions of 90 min in groups of six parents. Modules: 1- Overview of program content and ADHD (etiology, epidemiology, symptomatology, comorbidities, diagnosis, treatment, prognosis) 2- Reinforcement techniques 3- Techniques oriented to diminish inadequate behavior 4- Interventions for attention problems 5- Recap of previous four sessions	ADHD-RS-IV Parent: Inv, CGI-ADHD-S, WFIRS-P, Treatment satisfaction questionnaire.
Myers et al. (2010)	Clinic interview with pediatrician (based on DSM-IV)	Parents received psychoeducation about etiology and ADHD management	Vanderbilt ADHD Rating Scales–Parent (VADPRS) and Teacher (VADTRS) versions, interviews, number of sessions
Vidal et al. (2013)	DSM-IV criteria, ADHD-RS and CGI-S	Twelve weekly sessions of two hours with 7-8 participants. Modules: 1- Myths and realities in ADHD 2- Diagnosis and characteristics of ADHD 3- ADHD causes and treatments 4- Implication of a family member 5- Positive and negative symptoms 6- Relaxation 7- Planification in ADHD 8- Problem solving in ADHD 9- Attention in ADHD 10- Cognitive model of ADHD	ADHD-RS, CAARS-S, CGI-S, BDI, STAI-S, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire(QLESQ)

Patients usually retain only 50% of the relevant information transmitted by the professional (Swaminath, 2009), which suggests the need to assess the information acquired by the patients. Only three studies verified whether patients, family members, and teachers in fact understood the information provided in the psychoeducation of ADHD. Bai et al. (2015) used a questionnaire composed of 16 items to assess the knowledge of the parents of children with ADHD. Five items referred to ADHD (nuclear symptoms, causes, losses, if chronic) and 11 to medication (combined treatment, decreased ADHD symptoms, possibility of dependence, side effects). After intervention, participants in the experimental group demonstrated significantly greater knowledge than the control group and increased tendency to adhere to treatments (Bai et al., 2015). Hirvikoski et al. (2015) also assessed the knowledge of participants through a questionnaire. The *ADHD 20 Questions* consists of 20 items about the beginning of ADHD, possibility of contagion, symptoms, possible impairments, comorbidities, etc. (Bramham et al., 2009). The intervention resulted in greater knowledge of the disorder, psychological well-being and quality of the relationship between the adults with ADHD and family members (Hirvikoski et al., 2015). Aguiar et al. (2014) assessed the knowledge of primary school teachers about ADHD through an instrument built by the researchers themselves based on items in the literature. As a result, they found a reduction in the level of incorrect beliefs about ADHD (Aguiar et al., 2014). The use of instruments such as these can help identify distorted information to be addressed during psychoeducation, as well as serve as a way to assess the effectiveness of psychoeducation for the target population.

Final considerations

This study described the characteristics of psychoeducation for ADHD reported in national and international publications. Upon analyzing 29 studies that met inclusion criteria, it is possible to conclude that not all publications clearly present the concept of psychoeducation

used, which may confuse readers given the theoretically diverse nature of the construct. The target public of psychoeducational interventions, in most studies, were relatives of people with ADHD. In general, psychoeducation about ADHD seems to contribute to greater knowledge of the disorder, greater adherence to treatment, lower intensity of symptoms, and higher quality of life. However, few studies have assessed how much information provided in psychoeducation was in fact retained by the target population.

However, several limitations that may interfere in the interpretation of the presented results should be considered. The literature review was performed with a combination of only five descriptors and in just two languages, thus other articles on the same subject may not have been identified and analyzed. Therefore, results refer only to the sample of articles selected for analysis in this study.

The main contribution of this systematic review was to provide an overview of national and international production on psychoeducation about ADHD available in eight databases, which enabled the identification of aspects that increased the attention of researchers. Notably, no reports of psychoeducation targeted at higher education teachers and health professionals were identified, which points to an exciting field of study aimed at developing psychoeducational interventions about the disorder and its treatment for this public. Additionally, it was possible to observe that the content that must be transmitted in psychoeducation about ADHD is already known, and professionals can invest in further means of contribution (internet, social networks, manuals) in order to reach teenagers and parents.

References

Aguiar, A. P., Kieling, R. R., Costa, A. C., Chardosim, N., Dorneles, B. V., Almeida, M. R., ... & Rohde, L. A. (2014). Increasing teachers' knowledge about ADHD and learning

- disorders: An investigation on the role of a psychoeducational intervention. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 691-698. doi: 10.1177/1087054712453171
- Altin, M., Altin, G. E., & Semerci, B. (2016). An online survey of Turkish psychiatrists' attitudes about and experiences of adult attention deficit hyperactivity disorder in clinical practice. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2455-2461. doi: 10.2147/NDT.S110720
- Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(1), 43-49. doi: 10.1111/jcap.12103
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, V.A.: Author.
- Asherson, P. (2012). ADHD across the lifespan. *Medicine*, 40(11), 623-627. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.08.007>
- Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2721-2735. doi: 10.2147/NDT.S88625
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 279-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.2.279>
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 51-59. doi: 10.1093/schbul/sbl017

- Bégin, J. Y., Bluteau, J., Arseneault, C., & Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: Past to Present. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-16. doi: 10.6092/issn.1970-2221/2681
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, 173(1), 79-84. doi: 10.1016/j.amp.2014.12.001
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 434-441. doi: 10.1177/1087054708314596
- Burlingame, G., Ridge, N., Matasuno, J., Hwang, A., & Ernschaw, D. (2006). Educational needs of inpatients with severe and persistent mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(1), 39-43.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 593-600. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.03.004
- Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 1-8. doi: 10.1007/s11920-013-0371-6
- Coletti, D. J., Pappadopulos, E., Katsiotas, N. J., Berest, A., Jensen, P. S., & Kafantaris, V. (2012). Parent perspectives on the decision to initiate medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22(3), 226-237. doi: 10.1089/cap.2011.0090
- Conners C.K. (2009). Diagnóstico e avaliação do TDAH [Diagnosis and assessment of ADHD]. In C.K. Conners, *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* [Attention deficit hyperactivity disorder: The latest

- assessment and treatment strategies] (Fodra M Trans., 3rd ed., pp. 15-44). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(8), 637-647. doi: 10.1007/s00787-013-0494-7
- Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2016). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results after a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders, 1-12*. doi: 10.1177/1087054715626509
- Hernández, P. R., & Gutiérrez, I. C. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. [Multimodal treatment plan for ADHD. Psychoeducational treatment]. *Pediatría Integral, 18*(9), 624-633.
- Hill, P. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: assessment and treatment. *BJPsych Advances, 21*(1), 23-30. doi: 10.1192/apt.bp.114.013953
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7*(1), 89-99. doi: 10.1007/s12402-014-0141-2
- Hogue, A., Bobek, M., & Evans, S. W. (2014). Changing Academic Support in the home for adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A family-based clinical protocol for improving school performance. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*, 14-30. doi:10.1016/j.cbpra.2014.07.002

- Janssen, M., Wensing, M., van der Gaag, R. J., Cornelissen, I., van Deurzen, P., & Buitelaar, J. (2014). Improving patient care for attention deficit hyperactivity disorder in children by organizational redesign (Tornado program) and enhanced collaboration between psychiatry and general practice: a controlled before and after study. *Implementation Science*, 9(1), 155-162. doi:10.1186/s13012-014-0155-3
- Kądziała-Olech, H. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children – the role of psychoeducation in longitudinal study. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12(3), 149-156.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. [Cognitive-Behavioral Therapy in Psychiatric Practice]. Porto Alegre: Artmed.
- Knouse, L. E., Cooper-Vince, C., Sprich, S., & Safren, S. A. (2008). Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(10), 1537-1548. doi: 10.1586/14737175.8.10.1537
- Korzeniowks, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 65-71.
- Lara, C., Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., ... & Karam, E. G. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65(1), 46-54. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.10.005
- Levine, E. S., & Anshel, D. J. (2011). “Nothing works!” A case study using cognitive-behavioral interventions to engage parents, educators, and children in the management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 48(3), 297-306. doi: 10.1002/pits.20554

- Long, N., Rickert, V. I., & Ashcraft, E. W. (1993). Bibliotherapy as an adjunct to stimulant medication in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 7(2), 82-88. doi: 10.1016/0891-5245(93)90078-V
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief treatment and crisis intervention*, 4(3), 205. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Mattos, P., Palmini, A., Salgado, C. A., Segenreich, D., Grevet, E., Oliveira, I. R., ... Lima, P. P. (2006). Painel brasileiro de especialistas sobre o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos. [Brazilian consensus of specialists on the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults]. *Revista de Psiquiatria*, 28(1), 50-60.
- McCarthy, S. (2014). Pharmacological interventions for ADHD: how do adolescent and adult patient beliefs and attitudes impact treatment adherence? *Patient Preference & Adherence*, 8, 1317-1327.
- McCarty, C. A., Vander Stoep, A., Violette, H., & Myers, K. (2015). Interventions developed for psychiatric and behavioral treatment in the Children's ADHD Telemental Health Treatment Study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1735-1743. doi: 10.1007/s10826-014-9977-5
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 3-10. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00110-4
- Menezes, S. L. & Souza, M.C.B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. [The implications of a psychoeducational group on the everyday lives of individuals with Bipolar Affective

- Disorder]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131. doi: 10.1590/S0080-62342012000100017
- Mesquita, C. M. D., Porto, P. R., Rangé, B. P., & Ventura, P. R. (2009). Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. [Cognitive behaviour therapy and inattentive subtype of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A non explored área]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 35-45. doi: 10.5935/1808-5687.20090004
- Mongia, M., & Hechtman, L. (2016). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan: review of literature on Cognitive Behavior Therapy. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(1), 7-14. doi: 10.1007/s40474-016-0072-z
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166-175. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.10.005
- Montoya, A., Hervás, A., Fuentes, J., Cardo, E., Polavieja, P., Quintero, J., & Tannock, R. (2014). Cluster-randomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1081-1092. doi: 10.2147/NDT.S62487
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: A practice-friendly review. *Journal of clinical psychology*, 61(5), 607-619. doi: 10.1002/jclp.20123
- Myers, K., Vander Stoep, A., Thompson, K., Zhou, C., & Unützer, J. (2010). Collaborative care for the treatment of Hispanic children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *General Hospital Psychiatry*, 32(6), 612-614. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.08.004

- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: care, health and development*, 39(5), 617-627. doi: 10.1111/cch.12039
- Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F., Figueroa, G. V., Caballero, A. A., de la Rosa Muñoz, L., Pedroza, A. V., Portugal, P. C. & Flores, R. E. U. (2013). Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three latin-american countries. *Salud Mental*, 36, 257-262.
- Searight, H. R., Burke, J. M., & Rootnek, K. F. (2000). Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *American Family Physician*, 62(9), 2077-2086.
- Sprich, S. E., Safren, S. A., Finkelstein, D., Remmert, J. E., & Hammerness, P. (2016). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12549
- Swadi, H., Bobier, C., Price, L., & Craig, B. (2010). Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 18(1), 53-58. doi: 10.1080/10398560902721580
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 51(3), 171-172. doi: 10.4103/0019-5545.55082
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy: a randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 894-900. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5

Young, S. (1999). Psychological therapy for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(2), 183-190. doi: 10.1080/09515079908254088

III. Fontes de informações sobre saúde mental utilizadas por adultos brasileiros³

Resumo: O objetivo deste estudo foi identificar as fontes de informação sobre saúde mental preferidas e utilizadas por uma amostra de adultos brasileiros. Participaram do estudo 828 pessoas (idade entre 18 e 76 anos) com escolaridade superior incompleto ou completo. Os dados foram coletados online por meio de questionários de autorrelato e analisados com estatísticas descritivas e teste de McNemar. Resultados mostram que as fontes mais utilizadas são Internet, artigos científicos e consultas formais e informais com profissionais de saúde. A frequência do uso de determinadas fontes de informação varia conforme os sintomas apresentados pelas pessoas. Observa-se discrepâncias entre a preferência por determinadas fontes de informação e seu uso propriamente dito. Conclui-se que os profissionais da saúde podem orientar seus pacientes sobre fontes confiáveis para obter informações complementares sobre cada caso.

Palavras-chave: psicologia – fontes de informação; saúde mental; adultos

Abstract: The aim of this study was to identify source of information on mental health preferred and used by a sample of Brazilian adults. Participants were 828 people (aged between 18 and 76 years) with incomplete or complete higher education. Data was collected online with self-reported questionnaires and analyzed with descriptive statistics and McNemar's test. Results suggest that the most used sources are Internet, scientific articles, formal appointments with health professionals, and informal consult with health professionals. The frequency of use of certain sources of information varies according to the symptoms people present. We observe discrepancies between the preference for certain sources of information and their actual use. The study concluded that health professionals can guide their patients about reliable sources to obtain complementary information on each case.

Keywords: psychology – information sources; mental health; adults

³ Artigo submetido à Revista Psico PUCRS

Resumen: El objetivo de este estudio fue identificar las fuentes de información sobre salud mental preferidas y utilizadas por una muestra de adultos brasileños. Participaron 828 personas (edad entre 18 y 76 años) con escolaridad superior incompleta o completa. Los datos fueron recolectados online por medio de cuestionarios de auto relato y analizados con estadísticas descriptivas y prueba de McNemar. Las fuentes más utilizadas son Internet, artículos científicos y consultas formales e informales con profesionales de la salud. La frecuencia del uso de determinadas fuentes de información varía según los síntomas presentados por las personas. Se observan discrepancias entre la preferencia por determinadas fuentes de información y su uso propiamente dicho. Se concluye que los profesionales de la salud pueden orientar a sus pacientes sobre fuentes confiables para obtener informaciones complementarias sobre cada caso.

Palabras-clave: psicología – fuentes de información; salud mental; adulto

Transtornos mentais são caracterizados por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que interferem em atividades sociais e profissionais (APA, 2013). Os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade para trabalhar no mundo (Miranda, Carvalho, Fernandes, Silva & Sabino, 2009). No Brasil, os índices de prevalência de transtornos mentais na população adulta variam de 20% a 56% (Santos & Siqueira, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2010) definiu condições clínicas prioritárias para serem avaliadas e encaminhadas para atendimento devido a sua relação com a mortalidade e morbidade da população afetada bem aos altos custos econômicos associados. Dentre elas, estão a depressão e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). A depressão acomete pessoas de todas as idades e em todos os países, que experimentam humor deprimido e anedonia por pelo menos duas semanas. Muitos indivíduos com depressão também sofrem de

sintomas de ansiedade e outros sintomas somáticos, frequentemente decorrentes do estresse. O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Assim como a depressão, o TDAH também pode ser apresentado por pessoas de diferentes faixas etárias e países (OMS, 2010).

As pessoas que apresentam um transtorno mental nem sempre recebem o tratamento de que necessitam (Gomes, Miguel, & Miasso, 2014; Santos & Siqueira, 2010; OMS, 2010). Um dos motivos para que não recebam tratamento está relacionado às dificuldades de procura por serviços de saúde. O estigma ou desconhecimento da doença, a falta de treinamento das equipes da atenção básica para a identificação dos casos e até a falta de informações por parte da população sobre os transtornos mentais e os tratamentos disponíveis e adequados a cada tipo de situação são fatores que interferem na busca por tratamento (Charach & Fernandez, 2013; Oliveira et al., 2014; Santos & Siqueira, 2010).

De fato, a falta de informação pode prejudicar pessoas com e sem diagnóstico de algum transtorno mental. No primeiro caso, a falta de informações pode impedir que os indivíduos diagnosticados busquem e/ou se mantenham em tratamento. No segundo, a falta de informações pode permitir que pessoas que têm um transtorno e não sabem que o tem atribuam os sintomas a características pessoais e, como consequência, convivam com os prejuízos e sofrimento decorrentes do mesmo como se esses não pudessem ser evitados ou manejados (Knapp, 2004).

Desde a metade dos anos 1990, pesquisadores e profissionais têm se interessado em compreender como e por que indivíduos buscam informações sobre saúde, quais informações gostariam de receber e como estas são utilizadas. A busca de informações sobre saúde refere-se a um comportamento proposital para obter, esclarecer ou confirmar um conhecimento específico. Este conceito envolve o tipo de informação sobre saúde buscada, a quantidade de informação desejada, as fontes de informação utilizadas e as ações decorrentes desse processo de busca de informação (Lambert & Loiselle, 2007).

Pacientes com transtornos mentais frequentemente desejam saber mais sobre sua condição (Griffiths & Crisp, 2013; Hallett, Gupta, & Priebe, 2013). A busca de informações sobre saúde pode ser considerada como uma estratégia de enfrentamento focada no problema. O indivíduo dirige sua atenção para a situação ameaçadora, se esforçando para compreender e lidar melhor com os estressores a partir dos recursos disponíveis e decisões informadas. A busca de informações sobre saúde também pode se constituir em uma estratégia de enfrentamento focada na emoção quando o conhecimento adquirido diminui ansiedade, medo, estresse e incertezas (Lambert & Loiselle, 2007).

A busca de informações sobre saúde também auxilia as pessoas na participação na tomada de decisão de um tratamento. Os indivíduos desejam não só compreender as decisões dos profissionais, mas também que suas opiniões sejam consideradas na tomada de decisão. A busca de informações sobre saúde auxilia as pessoas na identificação e avaliação das opções de tratamento possíveis, na diminuição das dúvidas relacionadas às alternativas e na decisão se determinada opção é apropriada para seu caso (Lambert & Loiselle, 2007). Para pacientes com transtornos mentais, o aumento da compreensão da própria condição pessoal relacionada ao transtorno e das opções de tratamento pode contribuir para uma participação mais ativa do paciente por meio da tomada de decisões sobre o tipo de tratamento desejado com base em informações confiáveis. Essa participação pode colaborar para uma maior adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas (Andrade, 1999; Bégin, Bluteau, Arseneault, & Pronovost, 2012; Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015; Swaminath, 2009).

A busca de informações sobre saúde ainda pode ser um aspecto importante para que indivíduos mudem seu estilo de vida por meio de adoção de comportamentos preventivos. Embora a informação isolada não garanta o envolvimento em comportamentos saudáveis, a aquisição de informações pode motivar as pessoas a realizarem mudanças positivas nas suas rotinas no que se refere ao cuidado com a saúde (Lambert & Loiselle, 2007).

A literatura internacional tem investigado as fontes de informações sobre saúde mental utilizadas por diversos públicos (Silva, Rodrigues, Oliveira, & Dias, 2017). Em geral, as fontes de informações sobre saúde mental utilizadas por adolescentes e adultos são Internet (websites sobre saúde mental, wikipedia), profissionais da saúde, televisão, livros e professores (Bussing et al., 2012; Leach, Christensen, Griffiths, Jorm, & Mackinnon, 2007; Reavley, Cvetkovski, & Jorm, 2011). Adultos mais jovens tendem a preferir Internet em detrimento de outras fontes, enquanto os mais velhos preferem profissionais da saúde (Leach et al., 2007; Oh, Jorm, & Wright, 2009). Pesquisas com pais e cuidadores de pacientes psiquiátricos identificaram que as fontes mais valorizadas e utilizadas eram psiquiatra e Internet (Khoo, Bolt, Babl, Jury, & Goldman, 2008; Turner, Kabashi, Guthrie, Burket, & Turner, 2011). Já em pesquisas realizadas com pacientes bipolares, verificou-se que as fontes de informação mais utilizadas eram Internet, outras pessoas com o mesmo transtorno, grupos de apoio online, profissionais da saúde, professores, livros, panfletos ou cartilhas de autoria de algum profissional da saúde, jornais e revistas, amigos e familiares, televisão e rádio (Bauer et al., 2016; Conell et al., 2016).

As evidências sugerem que a Internet e os profissionais da saúde são as duas fontes de informações sobre saúde mental mais utilizadas, e esse resultado parece ser independente do público investigado. Embora consultas com profissionais da saúde sejam fontes de informações bastante valorizadas, outras fontes costumam ser utilizadas com maior frequência, como é o caso da Internet (Khoo et al., 2008; Tanenbaum, 2008; Turner et al., 2011). Informações online podem servir para complementar as obtidas em consultas com profissionais da saúde (como informações sobre o diagnóstico ou um novo medicamento) ou até mesmo para evitá-las, em virtude do seu preço (Bundorf, Wagner, Singer, & Baker, 2006; Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005; Oh et al., 2009).

Apesar das evidências do quanto informações sobre saúde mental podem beneficiar pacientes e familiares, pouco se sabe sobre as fontes utilizadas pela população brasileira. Em

revisão sistemática da literatura recente, não foram encontrados artigos nacionais sobre esse tema, sendo mais comuns publicações internacionais sobre as fontes utilizadas para obter informações sobre saúde mental (Silva et al., 2017). Logo, o objetivo deste estudo é identificar as fontes de informações sobre saúde mental preferidas e utilizadas por uma amostra de adultos brasileiros com e sem sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TDAH - condições clínicas prioritárias definidas pela OMS (2010). A identificação das fontes de informações mais utilizadas pode auxiliar profissionais da saúde a ampliar o impacto do seu conhecimento de forma mais rápida e efetiva (Turner et al., 2011).

Método

Participantes

Participaram desse estudo 828 pessoas (77,4% eram do sexo feminino). A idade dos participantes variou de 18 a 76 anos ($M= 28,75$, $DP= 9,46$). A maioria dos participantes morava no Rio Grande do Sul (63,0%), enquanto o restante da amostra residia no estado de São Paulo (7,0%), Santa Catarina (5,3%), Rio de Janeiro (4,5%), Minas Gerais (4,1%), Paraná (3,9%) e outros estados brasileiros (12,2%). Quanto à escolaridade, 41,8% relataram possuir ensino superior incompleto e 58,1%, superior completo. O rastreamento de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TDAH revelou que 45,7% dos participantes apresentavam sintomas de depressão; 42,5%, de ansiedade; 37,7%, do TDAH; 36,0%, de estresse; 21,9% não apresentam sintomas dessas condições clínicas; e 16,06% não puderam ser classificados em decorrência de não terem respondido essa questão. Este procedimento foi realizado a partir de instrumentos de autorrelato e seus respectivos pontos de corte (descrição na seção instrumentos).

Instrumentos

Questionário de caracterização dos participantes e fontes de informações. Continha questões sobre sexo, idade, escolaridade, moradia, renda. Havia duas questões sobre a busca de informações sobre saúde mental. A primeira questionava as fontes de informação preferidas pelos participantes. A segunda indagava as fontes de informação que os participantes de fato costumavam utilizar. Ambas as perguntas apresentavam as opções: Internet (conteúdo online, independente da fonte), mídia impressa (revistas e jornais), artigos científicos, consulta formal (paga) com profissionais da saúde, consulta informal com profissionais da saúde (amigos e familiares que são profissionais da saúde), palestras, familiares e amigos (independente da formação). Os participantes podiam selecionar quantas fontes de informação quisessem.

Adult Self-Report Scale (Kessler et al., 2005; Mattos et al., 2006). Trata-se de uma escala de rastreio de sintomas do TDAH em adultos validada para o contexto brasileiro. Contém 18 itens (nove sobre desatenção e nove sobre hiperatividade) que devem ser respondidos de acordo com uma escala do tipo Likert de cinco pontos: zero (nunca) a quatro (muito frequentemente). O conteúdo dos itens é baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV para TDAH em crianças adaptados para a vida adulta (Mattos et al., 2006). O uso do ASRS em adultos ainda é pertinente, visto que não houve mudanças nos critérios diagnósticos do TDAH propostos pelo DSM-V (APA, 2013). Os indivíduos que assinalam “frequentemente” ou “muito frequentemente” em, no mínimo, seis sintomas possivelmente apresentam diagnóstico do TDAH. A versão desse instrumento adaptada para uso no Brasil apresentou medidas de sensibilidade 56,3%, especificidade 98,3%, acurácia 96,2% e valor de kappa 0,58 (Mattos et al., 2006). Neste estudo, o alpha de Cronbach foi 0,76.

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – Versão reduzida (Lovibond & Lovibond, 1995; Machado, 2013). Esta escala contém 21 itens que avaliam sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse. Os itens estão divididos em três dimensões

(depressão, ansiedade e estresse) com sete itens cada. Os participantes devem responder conforme uma chave de respostas de quatro pontos que vai de 0 (não se aplica a mim) a 3 (se aplica a mim, na maior parte do tempo). Os pontos de corte desta escala indicam severidade dos sintomas de acordo com cinco categorias: normal, suave, moderado, severo e extremamente severo. Alguém que se enquadre na categoria suave está acima da média da população, mas abaixo das de pessoas que costumam buscar ajuda profissional (Lovibond & Lovibond, 1995). Neste estudo, participantes com escore moderado, severo ou extremamente severo foram classificados como apresentando sintomas de depressão (escore igual ou maior que sete), ansiedade (escore igual ou maior que seis) e estresse (escore igual ou maior que 10). Esta escala possui validade convergente e discriminante aceitáveis (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão adaptada para o Brasil, foram encontrados índices satisfatórios de fidedignidade: 0,85 para a subescala de ansiedade, 0,89 para a de estresse e 0,91 para a de depressão (Machado, 2013). Neste estudo, o alpha de Cronbach foi 0,89 para a escala de ansiedade, 0,90 para a de estresse e 0,91 para a de depressão.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 72074017.6.0000.5346, Anexo A). A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de redes sociais e listas de e-mail. Foram informados os objetivos e procedimentos do estudo, bem como os riscos e benefícios. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico e responderam aos instrumentos de coleta online (Anexo B).

Análise dos dados

Os dados foram submetidos a análises descritivas para caracterização da amostra. Em seguida, foram calculadas as frequências das fontes de informação mais utilizadas por cada grupo (sem sintomas, com sintomas de depressão, com sintomas de ansiedade, com sintomas de estresse e com sintomas do TDAH). Também foi realizado o teste de McNemar comparando as fontes de informação preferidas e as fontes de informação de fato utilizadas pelos participantes. Os dados foram analisados estatisticamente no programa SPSS versão 19.0.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as fontes de informação utilizadas pelos participantes. De maneira geral, as fontes mais utilizadas foram Internet, artigos científicos, consulta formal com profissionais da saúde e consulta informal com profissionais da saúde. O padrão de busca de informações se altera quando a amostra é classificada em grupos conforme a presença de sintomas de depressão, ansiedade, estresse, TDAH e ausência de sintomas dessas condições clínicas (Tabela 1). A maioria dos participantes que não apresenta sintomas não costuma buscar informações sobre saúde mental. Mais da metade dos participantes com sintomas de depressão tende a recorrer a uma variedade de fontes de informação, embora a Internet e consultas formais com profissionais da saúde sejam as mais frequentes. Os participantes com sintomas de ansiedade costumam buscar informações por meio de consultas formais com profissionais da saúde, Internet, amigos e mídia impressa com mais frequência. Os participantes com sintomas de estresse tendem a buscar informações com amigos. Já os participantes com sintomas do TDAH costumam utilizar mídia impressa e consultas formais com profissionais da saúde como fontes de informação sobre saúde mental.

Tabela 1. Frequência (%) de uso das fontes de informação sobre saúde mental

Fonte de informação	Amostra total (n=828)	Sem sintomas (n=181)	Sintomas de depressão (n=378)	Sintomas de ansiedade (n=352)	Sintomas de estresse (n=298)	Sintomas de TDAH (n=312)
Internet	75,6	23,0	58,5	54,3	46,5	45,7
Artigos científicos	54,1	26,0	51,9	48,7	40,4	43,5
Profissionais da saúde (formal)	48,1	22,0	58,5	57,3	49,3	50,6
Profissionais da saúde (informal)	40,6	29,3	53,0	44,9	39,4	42,9
Palestras	27,8	28,6	51,0	46,9	37,5	38,5
Amigos	21,4	23,8	56,5	52,4	50,3	44,6
Mídia impressa	16,2	22,0	56,0	50,5	46,8	54,1
Familiares	13,2	28,1	55,6	46,7	44,4	40,0
Não busca informações	4,1	34,6	38,5	26,9	26,9	30,8

O teste de McNemar indicou que há uma diferença estatisticamente significativa no número de participantes que prefere utilizar determinadas fontes de informações para saúde mental e o número de participantes que de fato costuma utilizar essas mesmas fontes. Essas informações são apresentadas na Tabela 2. Por um lado, os participantes costumam buscar informações sobre saúde mental em artigos científicos, consultas formais com profissionais da saúde e em palestras com menos frequência do que gostariam. Por outro lado, costumam recorrer mais à Internet e aos amigos como fonte de informação do que gostariam.

Tabela 2. Diferença no número de participantes que prefere e que costuma utilizar fontes de informação sobre saúde mental

Fonte de informação	Preferência	Costume	Significância (p)
Internet	564	626	<,001
Artigos científicos	493	448	<,001
Profissionais da saúde (formal)	490	398	<,001
Profissionais da saúde (informal)	336	336	1,00
Palestras	266	230	,001
Amigos	153	177	,016
Mídia impressa	120	134	,151
Familiares	100	109	,272

Discussão

O objetivo deste estudo foi identificar as fontes de informações sobre saúde mental preferidas e utilizadas por uma amostra de adultos brasileiros. Verificou-se que as fontes de informações mais utilizadas pelos participantes foram Internet, artigos científicos e profissionais da saúde (consultas formal e informal). Esse resultado pode ser compreendido a partir das propriedades das fontes - acessibilidade, credibilidade e precisão -, que interferem no seu uso (Lambert & Loiselle, 2007). A Internet pode ser considerada uma fonte de informação sobre saúde mental acessível, além de proporcionar uma busca anônima (Leach et al., 2007; Reavley et al., 2011). Contudo, a credibilidade das informações depende do website consultado (Bauer et al., 2016; Conell et al., 2016; Tabosa & Pinto, 2017). Artigos científicos, geralmente acessados via Internet, sugerem maior credibilidade das informações, uma vez que são escritos por profissionais especializados no assunto. Porém, a acessibilidade dessa fonte pode ser restrita e condicionada à pagamento quando os artigos são de revistas comercializadas. Já consultas a profissionais da saúde podem ser uma fonte de credibilidade e precisão, pois as informações podem ser personalizadas a cada caso (Lambert & Loiselle, 2007), embora a acessibilidade dependa de fatores financeiros para agendar um atendimento (consulta formal) ou de conhecer alguém com a formação profissional requerida (consulta informal).

Os resultados deste estudo mostraram ainda que as fontes de informações sobre saúde mental utilizadas variam conforme a presença de sintomas de depressão, ansiedade, estresse, TDAH e ausência de sintomas dessas condições clínicas. O comportamento de não buscar informações sobre saúde mental pode ser explicado de duas formas diferentes. O grupo que não apresenta sintomas pode costumar não buscar informações justamente pela falta de um estímulo (presença de sintomas e necessidade de informações sobre eles) que motive esse comportamento. Já os participantes dos grupos que apresentam sintomas podem não buscar

informações sobre eles como uma forma de evitação ou negação dessa condição (Lambert & Loiselle, 2007).

A maior parte dos participantes deste estudo que apresentam sintomas de alguma condição clínica estudada (depressão, ansiedade, estresse e TDAH) parece buscar informações sobre saúde mental em múltiplas fontes. O acesso a fontes diferentes pode sugerir o desejo de adquirir tantas informações quanto possível, complementar ou mesmo verificar a validade das informações obtidas na primeira fonte consultada (Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017). Por exemplo, pais de pacientes psiquiátricos podem recorrer à Internet para interagir e trocar informações entre si após as consultas com profissionais da saúde (Turner et al., 2011). Conversas com familiares e amigos também pode ser uma forma de dar sentido às informações encontradas na Internet (Sillence, Briggs, Harris, & Fishwick, 2007). Nesses casos, a busca de informações sobre saúde mental pode ser considerada como uma estratégia de enfrentamento focada no problema ou mesmo uma forma de participar das decisões sobre o tratamento sugerido pelo profissional (Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017).

Há uma discordância entre a preferência por determinadas fontes de informação e seu uso propriamente dito. Constatou-se maior preferência dos participantes por fontes formais de informação (artigos científicos, consultas formais com profissionais da saúde e palestras) do que seu uso de fato. A maioria dos indivíduos prefere receber informações sobre saúde mental dos próprios profissionais da saúde por acreditarem que eles são uma fonte confiável (Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017). Entretanto, esse resultado pode ser um viés da amostra estudada, cuja escolaridade é ensino superior incompleto e completo. Há evidências de que pacientes com baixa escolaridade tendem a procurar informações com amigos e familiares, enquanto pacientes com alta escolaridade preferem obter informações de especialistas em saúde mental (Sleath et al., 2003).

Outra discordância identificada foi maior uso da Internet e dos amigos como fonte de informação sobre saúde mental do que sugeria a preferência dos participantes por essas fontes. Este resultado vai ao encontro dos de estudos que verificaram as fontes de informação sobre saúde utilizadas por pessoas hospitalizadas (Tabosa & Pinto, 2017) e pessoas de maneira geral (Lambert & Loiselle, 2007). De acordo com essas pesquisas, os indivíduos parecem recorrer a amigos, a outras pessoas que estão vivenciando o mesmo problema e à Internet para obter informações sobre opções de tratamento embora não admitam (Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017). Conversas informais com familiares e amigos sobre sua condição clínica auxiliam no amadurecimento das ideias e no encorajamento para buscar ajuda profissional (Tabosa & Pinto, 2017). Além disso, pesquisas mostram que as pessoas só procuram assistência médica quando não conseguem encontrar as informações que necessitam por conta própria na Internet (Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017). Em geral, os indivíduos costumam combinar fontes pessoais (amigos e familiares) e impessoais (Internet, profissionais da saúde) para obter informações sobre saúde (Lambert & Loiselle, 2007).

O conhecimento sobre as fontes de informações sobre saúde mental mais utilizadas pelos indivíduos pode ser útil a profissionais da saúde interessados em atender as necessidades e preferências da população (Lambert & Loiselle, 2007). A criação de websites com informações confiáveis e de qualidade podem auxiliar pessoas na identificação de possíveis condições clínicas e da necessidade de consultar com um profissional da saúde, visto que a Internet é uma das fontes mais utilizadas pela amostra estudada. A produção e disponibilização de artigos científicos também constitui uma fonte de alfabetização psicológica, especialmente para indivíduos com escolaridade superior. Os resultados deste estudo indicam ainda que a elaboração de cartilhas e panfletos informativos (impressos ou online) baseados em resultados científicos podem ser utilizados como material de apoio a consultas formais de saúde para pacientes com sintomas de ansiedade e TDAH. O investimento na diversificação de fontes de

informações sobre saúde mental, além de ampliar o alcance desses conhecimentos, pode auxiliar a população na identificação de que algo não está bem, na busca de ajuda profissional, na participação de decisões relacionadas ao tratamento e no enfrentamento da situação estressora.

Conclusão

O objetivo deste estudo foi identificar as fontes de informações sobre saúde mental preferidas e utilizadas por uma amostra de adultos brasileiros. Os resultados mostraram que as fontes mais utilizadas são Internet, artigos científicos e consultas formais e informais com profissionais de saúde. A frequência do uso de determinadas fontes de informações varia conforme os sintomas apresentados pelas pessoas. Mais da metade dos grupos com sintomas de ansiedade, depressão e TDAH costuma recorrer a mais de uma fonte. Verificou-se também uma discordância entre a preferência por determinadas fontes de informações e seu uso propriamente dito. Os participantes relatam preferir fontes formais (artigos científicos, consultas formais com profissionais da saúde e palestras) com mais frequência do que sua utilização, enquanto utilizam fontes informais (Internet e amigos) com mais frequência do que as preferem.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira é que a amostra é composta exclusivamente por pessoas com escolaridade superior incompleto e completo, que pode enviesar a frequência de uso de determinadas fontes de informação, especialmente a leitura de artigos científicos. A segunda diz respeito à distribuição da amostra em grupos de sintomas. Foi realizado rastreamento de sintomas de depressão, ansiedade, estresse e TDAH a partir de instrumentos de autorrelato e utilizados pontos de corte indicados pela literatura, de forma que a presença de sintomas não significa diagnóstico de determinado transtorno. Também é possível que um indivíduo esteja

em mais de um grupo de sintomas e que indivíduos classificados como não apresentando sintomas apresentem sintomas de outras condições clínicas não investigadas.

Mesmo assim, espera-se que os resultados sejam úteis para transmissão de informações sobre saúde mental à população. A divulgação de informações sobre saúde mental nas fontes de informação mais utilizadas pelo público-alvo pode contribuir para a busca de atendimento quando necessário e para melhor enfrentamento da condição clínica. Os profissionais da saúde também podem orientar seus pacientes sobre fontes confiáveis para obter informações complementares (websites confiáveis, artigos científicos, cartilhas, panfletos) sobre cada caso, já que a utilização de diversas fontes de informação sobre saúde mental parece ser mais a regra do que a exceção.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association. (DOI INEXISTENTE)
- Andrade, A. C. F. (1999). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(6). Disponível em: http://www.academia.edu/download/35345744/A_abordagem_psicoeducacional_no_tratamento_do_transtorno_afetivo_bipolar.pdf. (DOI INEXISTENTE)
- Bauer, R., Conell, J., Glenn, T., Alda, M., Ardu, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Internet use by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Psychiatry Research*, 242, 388-394. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.055>
- Bégin, J. Y., Bluteau, J., Arseneault, C., & Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: Past to Present. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-16. doi: 10.6092/issn.1970-2221/2681

- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, *173*(1), 79-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Bundorf, M. K., Wagner, T. H., Singer, S. J., & Baker, L. C. (2006). Who searches the Internet for health information?. *Health Services Research*, *41*(3p1), 819-836. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00510.x
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, *51*(6), 593-600. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.03.004
- Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports*, *15*(7), 1-8. doi: 10.1007/s11920-013-0371-6
- Conell, J., Bauer, R., Glenn, T., Alda, M., Arda, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Online information seeking by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *International Journal of Bipolar Disorders*, *4*(1), 17-31. doi: 10.1186/s40345-016-0058-0
- Gomes, V. P., Miguel, T. L. B., & Miasso, A. I. (2014). Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *21*(6), 1203-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2990.2355>
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the Internet. *Social Science & Medicine*, *60*(7), 1467-1478. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.010
- Griffiths, K. M., & Crisp, D. A. (2013). Unmet depression information needs in the community. *Journal of Affective Disorders*, *146*(3), 348-354. doi: 10.1016/j.jad.2012.09.018

- Hallett, C., Gupta, S., & Priebe, S. (2013). What do outpatients with schizophrenia and mood disorders want to learn about their illness?. *Psychiatric Services, 64*(8), 764-769. doi: 10.1176/appi.ps.201200382
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine, 35*, 245-256. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
- Khoo, K., Bolt, P., Babl, F. E., Jury, S., & Goldman, R. D. (2008). Health information seeking by parents in the Internet age. *Journal of Paediatrics and Child Health, 44*(7-8), 419-423. doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01322.x.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed. (DOI INEXISTENTE)
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information—seeking behavior. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1006-1019. doi: 10.1177/1049732307305199
- Leach, L. S., Christensen, H., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2007). Websites as a mode of delivering mental health information: perceptions from the Australian public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(2), 167-172. doi: 10.1007/s00127-006-0138-z
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Machado, W. L. (2013). *A saúde mental como um estado completo: Instrumentos de avaliação e sua relação com qualidade de vida, personalidade e variáveis biossociodemográficas*.

- Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre. (DOI INEXISTENTE)
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 188-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000400004>
- Miranda, F. A. N., Carvalho, G. R. P., Fernandes, R. L., Silva, M. B., & Sabino, M. G. G. (2009). Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 711-716. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500010>
- Oh, E., Jorm, A. F., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 293-299. doi: [10.1007/s00127-008-0443-9](http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0443-9)
- Oliveira, M. A. F. D., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. D. A., & Claro, H. G. (2014). Assessment procedures of mental health services: an integrative review. *Saúde em Debate*, 38(101), 368-378. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>
- Organização Mundial da Saúde (2010). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Guide]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/ (DOI INEXISTENTE)
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2011). Sources of information about mental health and links to help seeking: findings from the 2007 Australian National Survey of

- Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1267-1274. doi: 10.1007/s00127-010-0301-4.
- Santos, É. G. D., & Siqueira, M. M. D. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P. R., & Fishwick, L. (2007). How do patients evaluate and make use of online health information?. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1853-1862. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.01.012
- Silva, H. T., Rodrigues, B. F., Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2017). Poster session presented at 32ª Jornada Acadêmica Integrada, Santa Maria, RS. (DOI INEXISTENTE)
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(3), 171-172. doi: 10.4103/0019-5545.55082
- Tabosa, H. R., & Pinto, V. B. (2017). Comportamento de uso de informação na área da saúde por parte de usuários não especializados. Paper presented at XVII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVII ENANCIB), Salvador, BA. Disponível em http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/3279/2016_GT11-CO_02.pdf?sequence=1 (DOI INEXISTENTE)
- Tanenbaum, S. J. (2008). Consumer perspectives on information and other inputs to decision-making: Implications for evidence-based practice. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 331-335. doi: 10.1007/s10597-008-9134-y
- Turner, A., Kabashi, A., Guthrie, H., Burket, R., & Turner, P. (2011). Use and value of information sources by parents of child psychiatric patients. *Health Information & Libraries Journal*, 28(2), 101-109. doi: 10.1111/j.1471-1842.2011.00935.x.

IV. Efetividade de uma cartilha psicoeducativa sobre o TDAH em estudantes universitários⁴

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma cartilha online sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) desenvolvida para estudantes universitários como uma forma de psicoeducação. Participaram desse estudo 241 pessoas (idades entre 18 e 64 anos) com escolaridade superior incompleto ou completo. O nível de conhecimento sobre TDAH da amostra foi avaliado antes e após a leitura de uma cartilha de caráter psicoeducativo sobre o TDAH. Tanto os instrumentos de avaliação quanto a cartilha foram disponibilizados online. Os resultados mostraram que a cartilha online foi efetiva para aumentar o conhecimento sobre o TDAH dos participantes. Além disso, foi possível identificar os conteúdos de maior e menor conhecimento da amostra, bem como aqueles nos quais a cartilha foi mais informativa. Conclui-se que a elaboração de materiais sobre o TDAH pode ser uma forma de informar sobre o transtorno e, também, uma fonte de informação complementar ao tratamento.

Palavras-chave: transtorno da falta de atenção com hiperatividade, educação terapêutica, estudantes universitários

Abstract: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of an online booklet on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in college students as a form of psychoeducation. Participants were 241 people (aged from 18 to 64) with incomplete or complete higher education. The level of knowledge about ADHD in the sample was assessed before and after reading a psychoeducational booklet on ADHD. Both the evaluation instruments and the booklet were available online. Results showed that the online booklet was effective in increasing participants' ADHD knowledge. In addition, it was possible to identify

⁴ Artigo submetido à Revista Psicologia: Teoria e Prática

the contents of greater and lesser knowledge of the sample, as well as those that the booklet was more informative. The study concluded that the development of materials on ADHD can be a way to inform about the disorder and also a source of information complementary to the treatment.

Keywords: attention deficit disorder with hyperactivity, therapeutic education, college students

Resumé: El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una cartilla online sobre el trastorno del déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en estudiantes universitarios como una forma de psicoeducación. Participaron de ese estudio 241 personas (edades entre 18 y 64 años) con escolaridad superior incompleta o completa. El nivel de conocimiento sobre TDAH de la muestra fue evaluado antes y después de la lectura de una cartilla de carácter psicoeducativo sobre el TDAH. Tanto los instrumentos de evaluación como la cartilla se pusieron online. Los resultados mostraron que la cartilla fue efectiva para aumentar el conocimiento sobre el TDAH de los participantes. Además, fue posible identificar los contenidos de mayor y menor conocimiento de la muestra, así como aquellos que la cartilla fue más informativa. Se concluye que la elaboración de materiales sobre el TDAH puede ser una forma de informar sobre el trastorno y también una fuente de información complementaria al tratamiento.

Palabras-clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, educación terapéutica, estudiantes universitarios

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Trata-se de um transtorno crônico. Os sintomas iniciam antes dos 12 anos e tendem a permanecer ao longo da vida. Adultos com TDAH enfrentam problemas de desorganização, baixa capacidade de

concentração, esquecimentos, dificuldades para finalizar tarefas, sensação crônica de excesso de atividades e incapacidade de planejar o futuro (APA, 2013).

Embora o problema seja crônico, ele não provoca, necessariamente, prejuízos contínuos. É possível que o portador do TDAH não apresente o mesmo nível de disfunção em todos os contextos de sua vida ou em um mesmo contexto o tempo todo. Os sintomas tendem a piorar em situações que demandam atenção constante ou que não apresentam atrativos para o indivíduo. Por outro lado, os sinais do transtorno podem ser minimizados pelo controle rígido do sujeito, quando este se encontra em um ambiente novo ou quando está envolvido em atividades que despertam seu interesse (APA, 2013). Assim, muitos indivíduos com o transtorno podem conseguir ingressar no ensino superior (DuPaul, Weyandt, O'Dell, & Varejao, 2009).

A prevalência do TDAH em estudantes universitários varia de 2 a 8% (DuPaul et al., 2009). Em revisão sistemática de literatura recente, verificou-se que estudantes universitários com TDAH claramente enfrentam dificuldades que seus pares sem o transtorno não encontram (Oliveira & Dias, 2015). Estudantes com TDAH tendem a apresentar menor bem-estar físico e psicológico, dificuldades de concentração e raciocínio, habilidades limitadas para estabelecer amizades e estudar, bem como menores níveis de autoeficácia profissional (Oliveira, Hauck-Filho, & Dias, 2016; Oliveira & Dias, 2017). As dificuldades de inibir e regular emoções negativas podem gerar problemas interpessoais e rejeição por colegas e professores (APA, 2013; Oliveira et al., 2016). No que se refere aos hábitos de estudo, estudantes com TDAH necessitam de vigilância constante para controlar a distração e a impulsividade (Oliveira et al., 2016). Além disso, a necessidade de se adaptar ao contexto universitário pode ser especialmente problemática para alunos com TDAH devido à necessidade de maior autonomia no gerenciamento do tempo no Ensino Superior (Oliveira & Dias, 2017). Todas essas dificuldades

combinadas podem contribuir para que estudantes com este transtorno acreditem não ser capazes de cumprir com as responsabilidades acadêmicas e profissionais (Oliveira et al., 2016).

A realização do diagnóstico do TDAH na vida adulta pode ser problemática. Em estudo realizado no Reino Unido, 45% da amostra recebeu o diagnóstico do TDAH após os 18 anos de idade, sendo que o processo diagnóstico levou mais de um ano e foi realizado apenas após a visita a pelo menos três profissionais (Pitts et al., 2015). Além disso, mesmo quando diagnosticados, a não adesão ao tratamento pode variar de 13,2% a 64,0% (McCarthy, 2014) por fatores associados à falta de conhecimento sobre o TDAH e ao tratamento (Charach & Fernandez, 2013). O uso de medicação reduz os sintomas neurobiológicos do transtorno. Todavia, muitos adultos com TDAH continuam apresentando sintomas residuais mesmo com o uso da medicação ou não conseguem tolerar os efeitos colaterais da mesma, o que indica a necessidade de realizar tratamento psicológico adicional (Sprich & Safren, 2016). O fornecimento de informações sobre esses aspectos para os estudantes universitários pode ser fundamental para a busca e a manutenção do tratamento do TDAH, já que uma das formas de evitar ou de tentar contornar os prejuízos do TDAH na vida acadêmica é por meio de estratégias aprendidas em tratamento, tais como habilidades de organização e de planejamento para lidar com a procrastinação, esquecimentos, atrasos, priorização de tarefas, de solução de problemas, de gerenciamento de tarefas estressantes, de redução da tendência à distração e para desenvolver o pensamento adaptativo (Sprich & Safren, 2016).

Uma das formas de transmitir informações sobre transtornos mentais é por meio da psicoeducação. Esta consiste em comunicar informações relevantes à população sobre determinado transtorno (diagnóstico, etiologia, funcionamento), seu tratamento e prognóstico, ao mesmo tempo em que se busca esclarecer dúvidas e corrigir crenças distorcidas. Uma revisão sistemática de literatura recente verificou que a psicoeducação do TDAH tem sido destinada principalmente a familiares de pessoas com o transtorno, sendo menos frequentes intervenções

psicoeducativas voltadas para adultos com TDAH (Oliveira & Dias, no prelo). Estas, em geral, são conduzidas em formato de oito a 20 sessões grupais com foco nas características, diagnóstico, causas e tratamento do TDAH, bem como estratégias de planejamento e resolução de problemas (Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bølte, & Jokinen, 2015; Vidal et al., 2013). Embora consultas com profissionais da saúde como as anteriormente citadas sejam fontes de informações bastante valorizadas, outras opções (como a Internet) costumam ser utilizadas com maior frequência, pela sua acessibilidade (Bauer et al., 2016). Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a efetividade de uma cartilha online sobre o TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação de fácil acesso e voltada para este público em particular.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 241 pessoas (79,7% mulheres) com idade entre 18 e 64 anos ($M=28,92$ anos, $DP= 8,87$). A maior parte da amostra era proveniente do estado do Rio Grande do Sul (68,5%), enquanto o restante era de São Paulo (7,9%), Santa Catarina (5,0%), Rio de Janeiro (3,7%), Paraná (3,3%) e demais estados brasileiros (11,6%). Os participantes possuíam Ensino Superior completo (58,1%, sendo 14,5% professores universitários) ou incompleto (41,5%).

Instrumentos

Questionário de caracterização dos participantes e avaliação da cartilha. Continha questões sobre sexo, idade, estado, escolaridade, profissão e sobre a saúde mental (diagnóstico de transtorno mental, tratamentos realizados) dos participantes. Após a leitura da cartilha, os participantes foram solicitados a avaliar sua utilidade, bem como questionados sobre a suspeita de possuir TDAH e o que estavam dispostos a fazer.

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre o TDAH. Este instrumento foi construído especialmente para este estudo. Seu objetivo é que avaliar os conhecimentos das pessoas sobre TDAH, podendo ser útil para avaliar a psicoeducação deste transtorno. Os itens foram construídos a partir dos tópicos geralmente abordados em intervenções psicoeducativas do TDAH e de outros instrumentos utilizados em pesquisas internacionais: características do TDAH, etiologia, curso, diagnóstico e tratamento (Oliveira & Dias, no prelo; Palacios-Cruz et al., 2013). A primeira versão dos itens foi avaliada conforme a pertinência e dificuldade de cada um por cinco especialistas em TDAH e/ou na assistência a estudantes universitários. Todos os itens foram mantidos devido à sua pertinência. Os especialistas sugeriram troca de termos (por exemplo, “o TDAH é um problema de motivação” foi substituído por “o TDAH é causado por falta de esforço”) e a inclusão de novos itens (por exemplo, “o tratamento do TDAH dura a vida toda”). Após realizadas as alterações sugeridas, foi realizado piloto com sete estudantes universitários de cursos variados (Comunicação Social, Odontologia, Medicina, Engenharia Elétrica, Ciências da Computação), que explicaram o que entenderam sobre cada item para verificar a clareza da redação. A redação dos itens foi revisada nessa etapa. Após essas alterações, os 22 itens foram randomizados para compor a versão final do instrumento. Os participantes deveriam responder aos mesmos de acordo com uma escala de três pontos que variava entre discordo totalmente e concordo totalmente. O escore total corresponde à soma dos itens que o participante respondeu corretamente.

Cartilha "TDAH em estudantes universitários". Essa cartilha foi construída com o objetivo de servir como material impresso e online de psicoeducação sobre o TDAH para estudantes universitários. Ela contém informações sobre o que é o TDAH, possíveis causas, sintomas, como estes se apresentam na experiência universitária, impacto do transtorno na adaptação acadêmica e onde buscar ajuda profissional. A escolha por incluir essas informações baseou-se em estudos sobre psicoeducação do TDAH revisados por Oliveira e Dias (no prelo).

A primeira versão do texto foi avaliada por três especialistas com experiência profissional e de pesquisa em TDAH e estudantes universitários. Após a realização das alterações sugeridas (como a inclusão de descrições das opções de tratamento), o texto foi diagramado por um designer. Teve-se o cuidado de organizar o texto em tópicos e de inserir elementos visuais para facilitar e encorajar a leitura. Fez-se um piloto com sete estudantes universitários de cursos e semestres variados. Eles consideraram a linguagem acessível, o que facilitou a identificação de sintomas apresentados no contexto universitário. A versão final pode ser acessada no link: [omitido].

Procedimentos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 72074017.6.0000.5346, Anexo A). A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de redes sociais e listas de e-mail. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico. Os participantes responderam a todos os instrumentos (Anexo B), leram a cartilha online (Anexo C) e, depois, responderam novamente o questionário de avaliação de conhecimentos sobre o TDAH por meio da plataforma online *Survey Monkey*.

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma cartilha online sobre o TDAH para estudantes universitários como uma forma de psicoeducação. Para tanto, a amostra foi classificada em três grupos: a) profissionais da saúde capacitados para trabalhar com pacientes com TDAH, ou seja, psicólogos, médicos e pedagogos (n=25); b) pessoas em tratamento para o TDAH (n=35); e c) demais participantes do estudo (n=181). Supôs-se que os participantes do primeiro grupo (psicólogos, médicos e pedagogos) e do segundo (pessoas em tratamento para o TDAH) possuísem maior nível de conhecimentos sobre o transtorno do que o restante da amostra e, portanto, a cartilha não seria efetiva para estes grupos. Os dados foram submetidos

a análises descritivas e ao teste não paramétrico de Wilcoxon. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 19.0.

Resultados

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma cartilha online sobre o TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação. A Tabela 1 apresenta as médias e desvios-padrão dos escores de conhecimentos sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha. Verifica-se que as pessoas em tratamento para o TDAH são as que possuem maior nível de conhecimento sobre o transtorno antes da leitura da cartilha, seguidas do grupo de profissionais. Após a leitura da cartilha, o grupo de profissionais e o de pessoas em tratamento para o TDAH apresentaram escores semelhantes e superiores ao do restante da amostra.

Tabela 1. Escores de conhecimentos sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha

	Antes			Depois		
	Mdn	M	DP	Mdn	M	DP
Amostra total (n=241)	13,0	12,78	3,17	16,0	14,92	3,39
Psicólogos, médicos e pedagogos (n=25)	14,0	13,72	2,65	17,0	16,92	2,64
Pessoas em tratamento para o TDAH (n=35)	15,0	14,63	2,44	17,0	16,37	2,40
Restante da amostra (n=181)	12,0	12,30	3,22	15,0	14,36	3,47

O teste de Wilcoxon indicou que a leitura da cartilha online gerou mudança estatisticamente significativa nos conhecimentos da amostra como um todo sobre o TDAH em estudantes universitários ($Z=-8,784$, $p<0,001$), evidenciando um maior nível de conhecimento depois da leitura da cartilha. Quando comparados os grupos por meio do mesmo teste, verificou-se que o grupo de pessoas em tratamento para o TDAH apresentou escores estatisticamente superiores aos escores do grupo composto pelo restante da amostra ($Z=4,123$, $p<0,001$) antes da leitura da cartilha, conforme esperado. Após a leitura, os escores do grupo de profissionais e do grupo de pessoas em tratamento para o TDAH foram superiores aos escores do restante da

amostra ($Z=4,075$, $p<0,001$ e $Z=3,221$, $p=0,004$ respectivamente), embora a leitura da cartilha tenha beneficiado todos os grupos no que se refere ao aumento do nível de conhecimento sobre o TDAH em estudantes universitários.

A Tabela 2 mostra a porcentagem de respostas corretas sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha online. O item com maior frequência de respostas corretas antes e depois da leitura da cartilha diz respeito ao TDAH ser decorrente da falta de esforço para prestar atenção (item 8), enquanto o item com menor frequência de respostas corretas corresponde ao número de casos deste transtorno ter aumentado nas últimas décadas (item 17). A maior diferença encontrada (acima de 30%) na frequência de respostas corretas antes e depois da leitura da cartilha corresponde à origem neurobiológica do TDAH (item 11) e ao fato de indivíduos com TDAH agirem sem pensar (item 19). Já a menor diferença encontrada (abaixo de 5%) na frequência de respostas corretas corresponde à origem do TDAH estar associada à falta de esforço (item 8), a ser um transtorno exclusivo da infância (item 9), ao uso de lista de sintomas para realização do diagnóstico (item 12), aos sintomas poderem ser extintos com a força de vontade (item 13) e ao número de casos ter aumentado nas últimas décadas (item 17).

Tabela 2. Frequência (%) de respostas corretas sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha

Itens	Antes	Depois
8. O TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção.*	94,6	94,1
9. O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância.*	91,7	93,8
13. Os sintomas podem ser extintos apenas com força de vontade.*	89,6	92,9
22. O diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início.	83,3	90,5
5. O TDAH pode ser controlado sem medicação.	83,2	77,4
20. Pessoas com TDAH têm dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo.	79,6	86,7
10. A medicação extingue os sintomas do TDAH em todos os casos.*	79,1	85,8
21. Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração.	75,4	86,3
16. O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo e do tipo Combinado (desatento e hiperativo).	71,3	85,4
6. O diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor.*	70,5	64,6
12. O uso exclusivo de lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico do TDAH.*	70,3	66,7
1. O TDAH é um transtorno que pode durar a vida inteira.	66,0	75,9
2. Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.).	52,9	73,4
15. Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas de longo prazo.	47,1	71,0
11. O TDAH tem origem neurobiológica.	46,9	80,4
3. O tratamento consiste em desenvolver estratégias de organização.	37,8	50,2
14. Pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam.*	36,4	24,2
18. O tratamento do TDAH dura a vida toda.	35,4	44,0
4. Os sintomas do TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas.	25,0	53,1
19. Pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar.	23,3	61,4
7. Pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas.	18,3	28,6
17. O número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas.*	5,8	10,0

* Itens com conteúdo incorreto, cuja pontuação foi invertida no computo dos escores.

Após a leitura da cartilha, os participantes foram questionados sobre sua utilidade como fonte de informação sobre o TDAH. Mais da metade da amostra avaliou o material como “muito útil” (66,5%) e “útil” (30,1%), enquanto o restante respondeu “mais ou menos útil” (2,9%) e “pouco útil” (0,4%).

Os participantes também foram questionados se suspeitavam que poderiam ter TDAH. A maior parte da amostra respondeu “não” (48,1%), enquanto o restante respondeu “sim” (35,0%) e “não sei” (16,9%).

Finalmente, os participantes foram questionados sobre o que estavam dispostos a fazer a partir da leitura da cartilha. Apenas 10,1% da amostra responderam que fariam nada. O restante respondeu: “buscar ajuda profissional” (36,1%), “buscar mais informações sobre o TDAH” (34,9%) e “outro” (18,9%). As respostas desta última categoria (outro) foram analisadas e agrupadas em quatro temas conforme a similaridade do conteúdo: a) já está em tratamento (33,33%), b) compartilhar essa informação com pessoas que apresentam comportamentos semelhantes aos descritos na cartilha (17,78%), c) adotar essa cartilha nos atendimentos clínicos (2,2%), d) buscar compreender melhor a dificuldade alheia (2,2%).

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma cartilha online sobre o TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação. Os resultados mostraram efetividade da cartilha psicoeducativa online para uma amostra de adultos brasileiros com escolaridade de ensino superior incompleto e completo, visto que o número de acertos no questionário de avaliação de conhecimentos sobre o TDAH aumentou de forma significativa após a leitura do material. Esse resultado vai ao encontro de outras pesquisas sobre intervenções psicoeducativas do TDAH que, mesmo assumindo formatos diferentes (encontros presenciais, manual com resumo dos conteúdos trabalhados, discussões em grupo), também aumentaram o conhecimento sobre o transtorno de pacientes, familiares e professores do Ensino Fundamental (Aguiar et al., 2014; Bai et al., 2015; Hirvikoski et al., 2015). Logo, os participantes parecem se beneficiar da psicoeducação independente do formato adotado.

A frequência de respostas corretas sobre o TDAH antes e depois da leitura da cartilha permitem identificar os conteúdos de maior e menor conhecimento da amostra estudada. Verifica-se que os participantes parecem compreender que o TDAH não se trata de falta de esforço para prestar atenção. Este resultado pode indicar uma redução do estigma associado ao transtorno em função de maior conhecimento sobre ele (Simmons, Jones, & Bradley, 2017). Os participantes também demonstraram saber que o TDAH pode persistir na vida adulta, o que sugere conhecimento atualizado sobre este transtorno, uma vez que os critérios diagnósticos para adultos foram incluídos recentemente no DSM-5 (APA, 2013). Todavia, ainda é necessário explicar que a prevalência do TDAH não aumentou nas últimas décadas. A ideia de que houve aumento no número de casos do TDAH nos últimos anos pode ser decorrente da maior divulgação do transtorno (devido a maior discussão sobre o mesmo nos meios de comunicação) e do acesso aos tratamentos disponíveis para o mesmo. Contudo, ainda assim as taxas de diagnóstico e de tratamento não excedem as estimativas de prevalência do TDAH, ou seja, o número de pessoas diagnosticadas e tratadas para este transtorno é menor que o número de casos existentes na população. Isso se deve à falta de reconhecimento do transtorno por parte das pessoas para que possam buscar ajuda (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014).

As maiores e menores diferenças na frequência de respostas corretas sobre o TDAH item a item antes e depois da leitura da cartilha permitem identificar os conteúdos em que a cartilha foi mais e menos efetiva em psicoeducar. Este material parece ter sido claro na transmissão da informação sobre a origem neurobiológica do TDAH e o fato de indivíduos com TDAH agirem sem pensar. Essas duas afirmações estão relacionadas, uma vez que os fatores neurobiológicos são responsáveis pela dificuldade de manter a atenção, de inibir reações impulsivas e de pensar antes de agir (Salum et al., 2014). Por outro lado, a cartilha não foi clara o suficiente quanto à insuficiência do uso exclusivo de uma lista de sintomas para a realização

do diagnóstico. A verificação isolada da presença de sintomas não é necessariamente indicativa do TDAH, visto que este transtorno é caracterizado por sintomas comuns a outras condições clínicas, como a presença de dificuldades de concentração na depressão, agitação na ansiedade, impulsividade na bipolaridade. O diagnóstico do TDAH é realizado por médicos ou psicólogos para que seja possível a efetivação de um diagnóstico diferencial, baseado na combinação de critérios diagnósticos e grau de prejuízo em mais de um ambiente, de preferência informado por mais de uma pessoa além do próprio paciente (APA, 2013). A cartilha também parece ter falhado ao informar sobre a estabilidade da prevalência do transtorno, que não aumentou nos últimos anos conforme já foi discutido.

Embora a cartilha tenha contribuído para aumentar o conhecimento sobre o TDAH da amostra em geral deste estudo, os resultados também mostraram que este material parece ter sido mais efetivo nos grupos que tinham alguma relação com o transtorno, ou seja: grupo de profissionais que trabalham com o mesmo e grupo de pacientes em tratamento. Uma explicação possível para isso é que as pessoas que convivem de alguma forma com o TDAH tenham lido a cartilha com mais atenção do que aqueles que não apresentam sintomas, nem diagnóstico ou mesmo não atendem pessoas com esse transtorno.

Mais de 90% da amostra estudada avaliou a cartilha como “muito útil” e “útil” como fonte de informação sobre o TDAH. Os participantes relataram que a leitura da cartilha os motivou a buscar ajuda profissional, buscar mais informações sobre o transtorno, compartilhar este material com outras pessoas que apresentam comportamentos semelhantes aos descritos, adotá-la nos atendimentos clínicos que realizam e a compreender melhor as dificuldades dos outros. Esses resultados vão ao encontro de alguns benefícios da psicoeducação sobre transtornos mentais. A psicoeducação pode servir como uma primeira fonte de informação para que os indivíduos reconheçam sintomas em si e busquem ajuda profissional (Lannin, Vogel, Brenner, Abraham, & Heath, 2016). De fato, neste estudo, 14,52% da amostra estava em

tratamento para TDAH e 35,0% relatou suspeitar que pudesse ter TDAH depois da leitura da cartilha. Em outros casos, a psicoeducação também pode servir como um estímulo para buscar mais informações sobre o transtorno ou para compartilhá-las com outras pessoas (amigos, familiares e até pacientes) que possam se beneficiar desse conhecimento, especialmente quando é realizada por meio de materiais escritos, como manuais, cartilhas, panfletos etc. (Bauer et al., 2016; Oliveira & Dias, no prelo). O maior conhecimento sobre determinado transtorno mental é útil tanto para buscar ajuda quando necessário quanto para compreender melhor as dificuldades alheias, diminuindo o estigma dessa condição clínica (Simmons et al., 2017).

Este estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados apresentados. A primeira delas se refere ao uso de um instrumento para avaliar conhecimentos do TDAH que está em fase de construção. Embora tenham sido adotados procedimentos para se certificar da validade de conteúdo, ainda não foram verificadas as validades interna e externa do questionário. Outra limitação diz respeito à obtenção dos dados de que os participantes leram a cartilha na íntegra por meio de apenas uma pergunta fechada, visto que a coleta foi realizada via plataforma online.

A principal contribuição deste estudo foi verificar a efetividade de um formato de psicoeducação baseado nas duas principais fontes de informação preferidas por adultos: profissionais da saúde (autores da cartilha) e internet (cartilha online) (Bauer et al., 2016). Esse formato combina informações confiáveis, busca anônima e fácil acesso. As informações podem ser consideradas confiáveis, uma vez que são provenientes de pesquisas científicas atuais e transmitidas por profissionais da saúde em linguagem acessível ao público, com o intuito de evitar mal-entendidos pelo uso de termos técnicos. Além disso, a produção deste material passou por um teste piloto. Pessoas leigas leram a cartilha e explicaram o que compreenderam sobre o texto para que os ajustes necessários de linguagem fossem efetuados. Já sua disponibilidade online é responsável pela busca anônima, pois o indivíduo não precisa se

identificar, e pelo fácil acesso, já que pode ser lida de qualquer lugar desde que se tenha um aparelho com internet, ao contrário do que uma consulta com profissional da saúde requer (presença física).

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aguiar, A. P., Kieling, R. R., Costa, A. C., Chardosim, N., Dorneles, B. V., Almeida, M. R., ... & Rohde, L. A. (2014). Increasing teachers' knowledge about ADHD and learning disorders: An investigation on the role of a psychoeducational intervention. *Journal of Attention Disorders, 18*(8), 691-698. doi: 10.1177/1087054712453171
- Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 2721-2735. doi: 10.2147/NDT.S88625
- Bauer, R., Conell, J., Glenn, T., Alda, M., Ardu, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Internet use by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Psychiatry Research, 242*, 388-394. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.055>
- Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports, 15*(7), 1-8. doi: 10.1007/s11920-013-0371-6
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD current status and future directions. *Journal of attention disorders, 13*(3), 234-250. doi: <https://doi.org/10.1177/1087054709340650>
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others

- (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89-99. doi: 10.1007/s12402-014-0141-2
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information. *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351-358. doi: 10.1037/cou0000108
- McCarthy, S. (2014). Pharmacological interventions for ADHD: how do adolescent and adult patient beliefs and attitudes impact treatment adherence? *Patient Preference & Adherence*, 8, 1317-1327. doi: 10.2147/PPA.S42145
- Oliveira, C. T. & Dias, A. C. G. (no prelo). Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que, como e para quem informar. *Temas em Psicologia* (Ribeirão Preto).
- Oliveira, C. T. & Dias, A. C. G. (2017). Dificuldades e estratégias de enfrentamento de estudantes universitários com sintomas do TDAH. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 281-291. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p276-286>
- Oliveira, C. T., Hauck-Filho, N., & Dias, A. C. G. (2016). College adjustment as a mediator between attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and work self-efficacy. *Paidéia*, 26(65), 283-289. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-43272665201607>
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na experiência universitária. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 613-629. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982%E2%80%9393370300482013>
- Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F., Figueroa, G. V., Caballero, A. A., de la Rosa Muñoz, L., Pedroza, A. V., Portugal, P. C. & Flores, R. E. U. (2013). Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three latin-american countries. *Salud Mental*, 36, 257-262.

- Pitts, M., Mangle, L., & Asherson, P. (2015). Impairments, diagnosis and treatments associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in UK adults: Results from the Lifetime Impairment Survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 56–63. doi: 10.1016/j.apnu.2014.10.001
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Salum, G. A., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., Vandekerckhove, J., Gadelha, A., Moriyama, T. S., ... & Rohde, L. A. P. (2014). Mechanisms underpinning inattention and hyperactivity: neurocognitive support for ADHD dimensionality. *Psychological medicine*, 44(15), 3189-3201. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291714000919>
- Simmons, L., Jones, T., & Bradley, E. (2017). Reducing mental health stigma: The relationship between knowledge and attitude change. *European Journal of Mental Health*, 1(12), 25-40. doi: 10.5708/EJMH.12.2017.1.2
- Sprich, S. E., & Safren, S. A. (2016). Cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. In T. J. Petersen, S. E. Sprich, & S. Wilhelm. *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 171-182). New York: Humana Press. doi: <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2605-3>
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 894-900. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5

Considerações finais

A presente Tese de Doutorado investigou o impacto do conhecimento sobre o TDAH em estudantes universitários. Em especial, caracterizou a psicoeducação como uma estratégia de oferta de informações sobre saúde mental (estudo 1), mapeou publicações científicas sobre a psicoeducação do TDAH que permitissem identificar quais informações, em que formato e para quem informar (estudo 2), identificou as fontes utilizadas por adultos brasileiros para buscar informações sobre saúde mental (estudo 3) e avaliou uma cartilha com informações sobre TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação para esse público (estudo 4). Até onde se tem conhecimento, esta Tese apresentou originalidade em relação aos seguintes aspectos:

- a) Na sistematização de como a psicoeducação contribui para a busca de ajuda, a adesão ao tratamento e a diminuição dos sintomas de transtornos mentais;
- b) Na identificação da necessidade de realizar psicoeducação do TDAH em adultos, em especial estudantes universitários;
- c) Na identificação das fontes de informação sobre saúde mental utilizadas por adultos brasileiros com escolaridades de ensino superior incompleto e completo;
- d) Na produção de um material psicoeducativo sobre o TDAH em estudantes universitários.

Foram oferecidas contribuições para o avanço do conhecimento a respeito da psicoeducação de fácil acesso sobre o TDAH em estudantes universitários, de modo a preencher lacunas na literatura científica. No primeiro estudo, verificou-se que a psicoeducação é uma estratégia válida para a redução do estigma de doenças mentais, para a busca de ajuda, adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas. Então, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para mapear como a psicoeducação do TDAH vem sendo realizada (estudo 2), cujos resultados sugerem a necessidade de elaborar intervenções psicoeducativas para adultos com

TDAH, em especial estudantes universitários, e um instrumento capaz de avaliar o quanto as informações trabalhadas foram apreendidas pelos participantes. Em seguida, no estudo 3, foi identificada a necessidade de combinar a credibilidade das informações científicas com o fácil acesso da Internet, já que essas são as fontes mais utilizadas por adultos brasileiros para obter informações sobre saúde mental. Por fim, o estudo 4 combinou todos os resultados anteriores. Foi elaborada uma cartilha online sobre o TDAH na vida adulta e um instrumento para avaliar os conhecimentos sobre esse transtorno antes e depois da leitura deste material. Os resultados mostram que a cartilha online contribuiu para o aumento do conhecimento dos participantes após a leitura. Logo, os resultados dos quatro estudos que compõem esta Tese de Doutorado auxiliam na elaboração de propostas psicoeducativas sobre transtornos mentais a partir das preferências da população investigada.

Considerações metodológicas

Esta Tese de Doutorado trata sobre a psicoeducação do TDAH em estudantes universitários. Os dois primeiros estudos forneceram a base teórica para que isso pudesse ser realizado de forma adequada. O estudo 1 caracterizou a psicoeducação como uma estratégia para transmitir informações sobre transtornos mentais e como ela auxilia na diminuição do estigma, na busca de ajuda, na adesão ao tratamento e na diminuição dos sintomas. O estudo 2 mapeou as publicações sobre psicoeducação do TDAH, identificando público-alvo, modalidades e resultados. A partir dessas informações, julgou-se necessário identificar quais as fontes de informação sobre saúde mental mais utilizadas por adultos brasileiros (estudo 3), visto que não parece haver estudos nacionais sobre o tema. A combinação dos resultados destes três estudos subsidiou a escolha por elaborar uma cartilha online sobre o TDAH em estudantes universitários como uma forma de psicoeducação, bem como um instrumento capaz de avaliar se a cartilha contribuiu para o aumento do conhecimento sobre o transtorno.

A cartilha online sobre TDAH em estudantes universitários foi elaborada em quatro passos. Primeiro, foram identificadas na literatura as informações que costumam ser abordadas na psicoeducação do TDAH: o que é o TDAH, possíveis causas, sintomas e opções de tratamento. Além dessas, também foram incluídas informações sobre como os sintomas se apresentam na experiência universitária, qual o impacto do transtorno na adaptação acadêmica e onde buscar ajuda profissional. A inclusão desses conteúdos diferencia esta cartilha de materiais educativos de laboratório - que costumam descrever o transtorno e apresentar apenas os medicamentos indicados - e das cartilhas disponíveis no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, que tratam sobre inclusão escolar, direito dos portadores do transtorno, e perguntas e respostas sobre o TDAH em geral. O segundo passo consistiu na avaliação da primeira versão do texto por três especialistas com experiência profissional e de pesquisa em TDAH e estudantes universitários. Após a realização das alterações sugeridas, o texto foi diagramado por um designer (terceiro passo). O quarto passo foi a realização de um teste piloto com sete estudantes universitários de cursos e semestres variados para avaliar a compreensão do texto. Após estes últimos ajustes, a cartilha estava pronta para ser testada em uma amostra maior.

Também foi construído um questionário para avaliação dos conhecimentos sobre o TDAH. O conteúdo dos itens foi baseado nos tópicos geralmente abordados em intervenções psicoeducativas do TDAH e em outros instrumentos utilizados em pesquisas internacionais (Bramham et al., 2008; Oliveira & Dias, no prelo; Palacios-Cruz et al., 2013). A primeira versão dos itens foi avaliada conforme a pertinência e dificuldade de cada um por cinco especialistas em TDAH e/ou em estudantes universitários. Após realizadas as alterações sugeridas por eles, foi realizado um teste piloto com sete estudantes universitários de cursos variados, que explicaram o que entenderam sobre cada item para verificar a clareza da redação. Após a revisão

da redação dos itens, estes foram randomizados para compor a versão do instrumento a ser utilizada no estudo 4.

Deve-se considerar que a presente Tese apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a identificação das fontes de informação sobre saúde mental mais utilizadas são válidas para adultos brasileiros com ensino superior incompleto ou completo que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Outras fontes podem ser mais relevantes para adolescentes, idosos, indivíduos com escolaridade diferentes ou adultos que não possuem acesso à Internet. Em segundo lugar, o instrumento utilizado para avaliação dos conhecimentos sobre o TDAH não foi validado antes da sua utilização no estudo 4. Ainda, no que se refere à utilização da cartilha como forma isolada de psicoeducação, não foi possível certificar se os participantes de fato a leram na íntegra como relataram nem se realmente fizeram o que afirmaram estar dispostos a fazer após a leitura, o que pode ser justificado pela natureza do estudo transversal com coleta online.

Desdobramentos para a prática

A integração dos resultados dos quatro estudos que compõem esta Tese de Doutorado podem ser úteis para profissionais da saúde interessados em ampliar o acesso e adesão ao tratamento de transtornos mentais. O estudo 1 demonstra que o uso da psicoeducação enquanto estratégia de alfabetização psicológica da população pode contribuir para a diminuição do estigma de doenças mentais, bem como para a busca de ajuda. Em outras palavras, intervenções psicoeducativas podem ser consideradas como uma “porta de entrada” para a busca de tratamento, pois informa indivíduos que seu sofrimento pode ser resultado de um transtorno possível de ser tratado, e não de características pessoais, que podem ser percebidas como estigmatizantes (por exemplo, “preguiça”, “falta de vontade de melhorar”, “falta de comprometimento”) por eles mesmos ou por outros significativos. A psicoeducação também

pode auxiliar na adesão ao tratamento ao comunicar como este funciona e quais os resultados esperados do mesmo. Ciente disso, o indivíduo se engaja no tratamento - e o faz porque sabe como funciona e que resultados esperar – e percebe diminuição dos sintomas do transtorno. Por exemplo, um dos focos da psicoeducação do TDAH é explicar que o tratamento para este transtorno, em geral, é uma combinação do uso de medicamentos e de estratégias para evitar prejuízos decorrentes dos sintomas do transtorno, que nem sempre diminuem com a medicação. Contudo, a adesão ao tratamento pode trazer desconforto - a exemplo dos efeitos colaterais decorrentes do uso de determinadas medicações – e o paciente pode desejar interrompê-lo. A compreensão de que os efeitos colaterais são uma fase até que o organismo se adapte auxilia os pacientes a persistirem no tratamento. Logo, pacientes melhor informados tendem a não deixar de fazer o que precisa ser feito em relação ao tratamento por compreender a dinâmica do mesmo (com limitações e potencialidades) e, assim, há melhora dos sintomas (Safren, 2008).

O estudo 2 identifica os formatos que intervenções do TDAH assumem e a quem se destinam. Verifica-se que adultos com TDAH, em especial estudantes universitários, constituem uma população que merece maior atenção dos pesquisadores e profissionais no que se refere à proposta de intervenções psicoeducativas do transtorno, visto que não foram identificados relatos desse tipo de programa destinado a eles. Iniciativas de psicoeducação do TDAH em estudantes universitários podem ser benéficas tanto para os próprios portadores do transtorno quanto para os profissionais que trabalham com eles. No primeiro caso, saber que as dificuldades enfrentadas podem ser decorrentes do TDAH e não de limitações pessoais protegem a autoestima do indivíduo e sinalizam a necessidade de buscar tratamento para controle dos prejuízos causados pelos sintomas. A psicoeducação do TDAH em estudantes universitários também pode ser útil para professores do ensino superior e profissionais que trabalham em serviços de apoio ao estudante. O conhecimento sobre o TDAH bem como dos prejuízos associados pode auxiliá-los na identificação e na compreensão das dificuldades

manifestadas pelos estudantes no âmbito acadêmico. Por exemplo, discentes que apresentam dificuldade de concentração, entregam trabalhos incompletos ou simplesmente não entregam as tarefas nos prazos solicitados, perguntam sobre conteúdos que já foram explicados, não conseguem realizar atividades em silêncio ou que costumam chegar atrasados podem ser considerados, em um primeiro momento, alunos desinteressados pelos docentes ou pelos profissionais que os atendem. Essa percepção pode despertar indisposição nos professores ou profissionais para oferecer atenção e investir nesses alunos. Contudo, os comportamentos citados acima podem estar relacionados à presença de sintomas de desatenção/hiperatividade. A compreensão disso permite que os docentes e profissionais não interpretem os comportamentos dos alunos como algo proposital, e que sugiram a eles a realização de uma consulta com um profissional da saúde (psicólogos e médicos) para avaliação do caso. Se o diagnóstico do TDAH for confirmado, pode ser necessário tratamento combinado, com medicação e intervenções cognitivas e comportamentais (Bettis et al., 2017; Young & Goodman, 2016). A medicação pode minimizar os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Safren, 2008). As intervenções cognitivas podem envolver treino cognitivo, ou seja, jogos que requeiram o uso de três categorias de funções executivas: memória de trabalho, controle da atenção ou flexibilidade cognitiva (Bettis et al., 2017). As intervenções comportamentais consistem em desenvolver estratégias de organização, planejamento e redução da tendência à distração (Sprich, Safren, Finkelstein, Remmert, & Hammerness, 2016). Essas três modalidades estão associadas com diminuição dos sintomas do TDAH (Bettis et al., 2017; Safren, 2008; Sprich et al., 2016; Young & Goodman, 2016).

O estudo 3 sinaliza a necessidade de disponibilizar fontes de informação sobre saúde mental capazes de integrar a credibilidade das informações científicas com a acessibilidade e anonimato da Internet. Sugere-se a criação de websites com informações confiáveis e de qualidade para auxiliar pessoas na identificação de possíveis condições clínicas e da

necessidade de consultar com um profissional da saúde. A produção e disponibilização de artigos científicos também constitui uma fonte de alfabetização psicológica, especialmente para indivíduos com escolaridade superior. A elaboração de cartilhas e panfletos informativos (impressos ou online) baseados em resultados científicos também podem ser utilizados como material de apoio a consultas formais de saúde para pacientes com sintomas de ansiedade e TDAH. O investimento na diversificação de fontes de informações sobre saúde mental, além de ampliar o alcance desses conhecimentos, pode auxiliar a população na identificação de que algo não está bem, na busca de ajuda profissional, na participação de decisões relacionadas ao tratamento e no enfrentamento da situação estressora (Bauer et al., 2016; Conell et al., 2016; Lambert & Loiselle, 2007; Tabosa & Pinto, 2017).

O estudo 4 mostra a contribuição de uma cartilha online sobre TDAH em estudantes universitários como uma forma válida de psicoeducação para essa população e para outras pessoas que trabalham com eles, como professores universitários e profissionais da saúde. Além de aumentar o conhecimento sobre o TDAH da amostra estudada, a cartilha serviu como estímulo para busca de ajuda profissional, busca de mais informações sobre o transtorno, compartilhamento desse material com outras pessoas que pudessem se beneficiar e diminuição do estigma de indivíduos que possuem esse transtorno. A integração dos resultados dos quatro estudos estão sistematizadas na Figura 1.

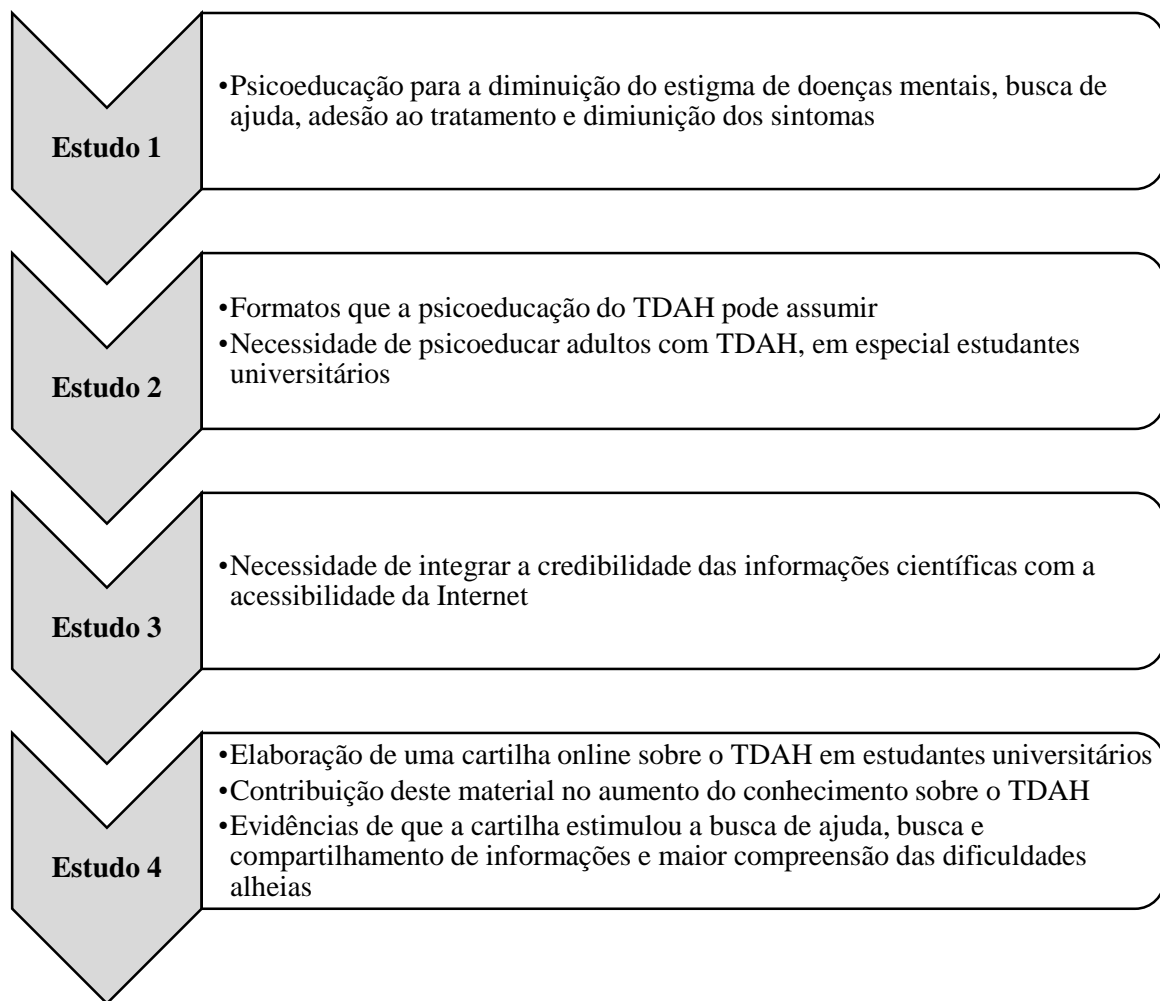


Figura 1. Integração dos resultados dos quatro estudos

Desdobramentos para a pesquisa

A presente Tese contribui para a elaboração de uma cartilha psicoeducativa de fácil acesso sobre o TDAH em estudantes universitários. No entanto, ainda há questões que necessitam ser melhor exploradas em estudos futuros, tais como:

- a) A psicoeducação pode assumir diferentes formatos: individual ou grupal, palestras, rodas de conversas, manuais, filmes, vídeos ou biblioterapia (livros, cartilhas, panfletos), presencialmente ou via Internet (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015; Figueiredo et al., 2009; Siegmund et al., 2016). Contudo, não há estudos que comparem intervenções psicoeducativas individuais e grupais para verificar se há diferenças na sua

efetividade. Também não fica claro em que casos a biblioterapia, a videoterapia ou os sites online são indicadas no lugar de intervenções presenciais.

- b) A literatura mostra que o número e a duração das sessões de psicoeducação do TDAH pode variar (Aguiar et al., 2014; Bai et al., 2015; Ferrin et al., 2014; Hirvikoski et al., 2015; McCarty et al., 2015; McCleary & Ridley, 1999; Mesquita et al., 2009; Montoya et al., 2014; Vidal et al., 2013). Há relatos de sessão única (Aguiar et al., 2014) até 20 sessões (Mesquita et al., 2009) e de 40 minutos (Bai et al., 2015) até seis horas de duração (Aguiar et al., 2014). Não há informações sobre a duração (quantas sessões e por quanto tempo) recomendada para psicoeducação a partir de estudos de comparação.
- c) Há relatos de intervenções psicoeducativas promovidas por profissionais da saúde (ver todos os estudos analisados no estudo 2) e, em outros, por pares (Menezes & Souza, 2012). Mas não fica claro se a psicoeducação dirigida por profissionais da saúde é superior à ministrada por pares, ou se uma intervenção psicoeducativas que combine profissionais de saúde e pares apresenta melhores resultados.
- d) Pesquisas internacionais identificam as fontes de informações sobre saúde mental mais utilizadas e caracterizam seu uso a partir da fase do desenvolvimento (adolescente, adulto jovem, adulto mais velho), com o fato de ser familiar ou cuidador de paciente psiquiátrico e de ser paciente bipolar (Bauer et al., 2016; Bussing et al., 2012; Conell et al., 2016; Khoo, Bolt, Babl, Jury, & Goldman, 2008; Leach, Christensen, Griffiths, Jorm, & Mackinnon, 2007; Oh, Jorm, & Wright, 2009; Reavley, Cvetkovski, & Jorm, 2011; Turner, Kabashi, Guthrie, Burket, & Turner, 2011). O estudo 3 desta Tese de Doutorado descreve as fontes mais utilizadas por uma amostra de adultos brasileiros com ensino superior incompleto e completo e acesso à Internet. Todavia, não foram encontrados estudos que identificassem quais são as variáveis que definem o uso de determinadas fontes de informação sobre saúde mental em detrimento de outras.

Também, deve-se considerar que os resultados deste estudo, em especial o endosso de artigos científicos como fonte de informação preferida e utilizada, podem ter o viés de desejabilidade social, uma vez que a amostra é composta por estudantes universitários, pós-graduandos e profissionais formados. Outro viés pode ser o fato de grande parte da amostra ser composta por *digital natives*, isto é, gerações que nasceram a partir da década de 80 e foram criadas em um contexto em que a tecnologia digital é presente em suas vidas (Aagaard, 2015). Essa característica pode ter interferido no endosso da Internet como fonte de informação preferida e utilizada.

- e) No estudo 4, foi elaborada uma cartilha sobre TDAH em estudantes universitários e avaliado seu impacto no aumento do conhecimento sobre o transtorno antes e depois da sua leitura. Verificou-se que os participantes demonstraram aumento do conhecimento sobre o TDAH logo após relatarem ter lido a cartilha na íntegra. Contudo, ainda não se sabe quais os efeitos de uma cartilha online sobre transtornos mentais a longo prazo. Outro fator a ser considerado é que a cartilha online atende à descrição de biblioterapia, um dos formatos aceitos e indicados de psicoeducação (Anderson & Guthery, 2015). Todavia, esta modalidade não oferece a possibilidade de interação entre profissional e público-alvo e, conseqüentemente, não proporciona o empirismo colaborativo, quando o profissional oferece as informações que mais se encaixam com as experiências do paciente, dirimindo dúvidas e corrigindo possíveis distorções. Mesmo assim, incentiva-se o uso de materiais educativos como um primeiro acesso à informação sobre saúde mental para posterior busca de ajuda, se for o caso.

Referências

- Aagaard, J. (2015). Media multitasking, attention, and distraction: a critical discussion. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 14*(4), 885-896.
- Adler, L. D., & Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine, 122*(1), 184-191.
- Advokat, C., Lane, S. M., & Luo, C. (2011). College students with and without ADHD: Comparison of self-report of medication usage, study habits, and academic achievement. *Journal of Attention Disorders, 15*(8), 656-66.
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA psychiatry, 73*(7), 713-720.
- Aguiar, A. P., Kieling, R. R., Costa, A. C., Chardosim, N., Dorneles, B. V., Almeida, M. R., ... & Rohde, L. A. (2014). Increasing teachers' knowledge about ADHD and learning disorders: An investigation on the role of a psychoeducational intervention. *Journal of Attention Disorders, 18*(8), 691-698.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28*(1), 43-49.
- Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric disease and treatment, 11*, 2721-2735.
- Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2005). Evasão universitária e serviços de apoio ao estudante: uma breve revisão da literatura brasileira. *Psicologia Revista, 14*(2), 279-301.

- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Bauer, R., Conell, J., Glenn, T., Alda, M., Arda, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Internet use by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *Psychiatry Research*, 242, 388-394.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed
- Bégin, J. Y., Bluteau, J., Arseneault, C., & Pronovost, J. (2012). Psychoeducation in Quebec: Past to Present. *Ricerche di Pedagogia e Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 7(1), 1-16.
- Bettis, A. H., Coiro, M. J., England, J., Murphy, L. K., Zelkowitz, R. L., Dejardins, L., ... & Compas, B. E. (2017). Comparison of two approaches to prevention of mental health problems in college students: enhancing coping and executive function skills. *Journal of American College Health*, 65(5), 313-322.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of clinical psychiatry*, 67(4), 524-540.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, 173(1), 79-84.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 434-441.

- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders, 225*, 97-103.
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Meyer, J. M., White, K., & Garvan, C. W. (2012). ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health, 51*(6), 593-600.
- Charach, A., & Fernandez, R. (2013). Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Current Psychiatry Reports, 15*(7), 1-8.
- Connell, J., Bauer, R., Glenn, T., Alda, M., Arda, R., Baune, B. T., ... & Bossini, L. (2016). Online information seeking by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *International Journal of Bipolar Disorders, 4*(1), 17-31.
- Conners, C. K. (2009). Diagnóstico e avaliação do TDAH. In C. K. Conners, *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (pp. 15-44). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M. de, Melzer, D., Ribeiro, R. B., & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito, 7*(7), 38-53.
- Costa, D. S., Medeiros, D. G. M., Alvim-Soares, A., Géó, L. A. L., & Miranda, D. M. (2014). Neuropsicologia do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e outros transtornos externalizantes. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & R. M. Cosenza. *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 165-182). Porto Alegre: Artmed.
- Dietz, S., & Henrich, C. (2014). Texting as a distraction to learning in college students. *Computers in Human Behavior, 36*, 163-167.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of Attention Disorders, 13*(3), 234-250.

- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(8), 637-647.
- Figueiredo, Â. L. D., Souza, L. D., & Argimon, I. I. D. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(1), 15-24.
- Gaudreau, P., Miranda, D., & Gareau, A. (2014). Canadian university students in wireless classrooms: What do they do on their laptops and does it really matter?. *Computers & Education, 70*, 245-255.
- Green, A. L., & Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics, 9*(3), 559-568.
- Gustafsson, M., & Borglin, G. (2013). Can a theory-based educational intervention change nurses' knowledge and attitudes concerning cancer pain management? A quasi-experimental design. *BMC health services research, 13*(1), 328-339.
- He, J. A., & Antshel, K. M. (2017). Cognitive Behavioral Therapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in college students: a review of the literature. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*, 152-173.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 7*(1), 89-99.
- Högberg, T., Magnusson, A., Lützén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry, 66*(2), 86-96.

- Hogue, A., Bobek, M., & Evans, S. W. (2014). Changing Academic Support in the home for adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A family-based clinical protocol for improving school performance. *Cognitive and Behavioral Practice, 23*, 14-30.
- Ivezić, S. Š., Sesar, M. A., & Mužinić, L. (2017). Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatria Danubina, 29*(1), 66-73.
- Kądziela-Olech, H. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children – the role of psychoeducation in longitudinal study. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 12*(3), 149-156.
- Khoo, K., Bolt, P., Babl, F. E., Jury, S., & Goldman, R. D. (2008). Health information seeking by parents in the Internet age. *Journal of Paediatrics and Child Health, 44*(7-8), 419-423.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kooij, S. J. J. Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European network adult ADHD. *BMC psychiatry, 10*(67), 1-24.
- Lambert, S. D., & Loiselle, C. G. (2007). Health information—seeking behavior. *Qualitative Health Research, 17*(8), 1006-1019.
- Lara, C., Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., ... & Karam, E. G. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry, 65*(1), 46-54.
- Leach, L. S., Christensen, H., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2007). Websites as a mode of delivering mental health information: perceptions from the Australian public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(2), 167-172.

- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos (TDAH): Uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74.
- Mattos, P., Abreu, P., & Grevet, E. (2003). O TDAH no adulto: Dificuldades diagnósticas e de tratamento. In L. A. Rohde & P. Mattos (Eds.), *Princípios e práticas em transtorno do déficit de atenção/hiperatividade* (pp. 219-236). Porto Alegre, RS: Artmed.
- McCarthy, S. (2014). Pharmacological interventions for ADHD: how do adolescent and adult patient beliefs and attitudes impact treatment adherence? *Patient Preference & Adherence*, 8, 1317-1327.
- McCarty, C. A., Vander Stoep, A., Violette, H., & Myers, K. (2015). Interventions developed for psychiatric and behavioral treatment in the Children's ADHD Telemental Health Treatment Study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1735-1743.
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 3-10.
- Menezes, S. L. & Souza, M. C. B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 124-131.
- Mesquita, C. M. D., Porto, P. R., Rangé, B. P., & Ventura, P. R. (2009). Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada. [Cognitive behaviour therapy and inattentive subtype of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A non explored área]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 35-45.
- Mongia, M., & Hechtman, L. (2016). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan: review of literature on Cognitive Behavior Therapy. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(1), 7-14.

- Montoya, A., Hervás, A., Fuentes, J., Cardo, E., Polavieja, P., Quintero, J., & Tannock, R. (2014). Cluster-randomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1081-1092.
- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: care, health and development*, *39*(5), 617-627.
- Oh, E., Jorm, A. F., & Wright, A. (2009). Perceived helpfulness of websites for mental health information. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(4), 293-299.
- Oliveira, C. T. & Dias, A. C. G. (no prelo). Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que, como e para quem informar. *Temas em Psicologia* (Ribeirão Preto).
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2017). Difficulties and coping strategies of college students with ADHD symptoms. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, *19*(2), 281-291.
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na Experiência Universitária. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*(2), 613-629.
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2014). Dificuldades na trajetória universitária e rede de apoio de calouros e formandos. *Psico*, *45*(2), 187-197.
- Oliveira, C. T., Hauck-Filho, N., & Dias, A. C. G. (2016). College adjustment as a mediator between attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and work self-efficacy. *Paidéia*, *26*(65), 283-289.
- Oliveira, C. T., Santos, A. S., & Dias, A. C. G. (2016). Percepções de estudantes universitários sobre a realização de atividades extracurriculares na graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *36*(4), 864-876.

- Oliveira, C. T., Wiles, J. M., Fiorin, P. C., & Dias, A. C. G. (2014). Percepções de estudantes universitários sobre a relação professor-aluno. *Psicologia Escolar e Educacional*, *18*(2), 239-246.
- Palacios-Cruz, L., de la Peña Olvera, F., Figueroa, G. V., Caballero, A. A., de la Rosa Muñoz, L., Pedroza, A. V., Portugal, P. C. & Flores, R. E. U. (2013). Knowledge and beliefs about attention deficit hyperactivity disorder in teachers from three latin-american countries. *Salud Mental*, *36*, 257-262.
- Pitts, M., Mangle, L., & Asherson, P. (2015). Impairments, diagnosis and treatments associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in UK adults: results from the lifetime impairment survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*, 56–63.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434-442.
- Prevatt, F., Proctor, B., Best, L., Baker, L., Walker, J. V., & Taylor, N. W. (2012). The positive illusory bias: Does it explain self-evaluations in college students with ADHD? *Journal of Attention Disorders*, *16*(3), 235-243.
- Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *11*(6), 689-699.
- Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., & Casas M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad em adultos. *Revista de neurología*, *54*(1), 105-115.
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2011). Sources of information about mental health and links to help seeking: findings from the 2007 Australian National Survey of

- Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1267-1274.
- Rohde, L. A. (2015). Mitos e verdades sobre o TDAH [vídeo lecture at TedXUFRGS]. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=6Xzha28mfV0>
- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(suppl 8), 46-50.
- Safren, S. A. (2008). *Dominando o TDAH adulto: Programa de tratamento cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, A. S., Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Características das relações dos universitários e seus pares: implicações na adaptação acadêmica. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 150-163.
- Sehnen, S. B., Rosa, A. P., Quioca, K., Ferreira, M. G., & Baretta, R. A. (2016). *Psicoeducação enquanto técnica da teoria comportamental cognitiva*. Poster session presented at Seminário de Iniciação Científica, Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão e Mostra científica, Santa Catarina.
- Siegmund, G., Nonohay, R. G. D., & Gauer, G. (2016). Ensaio de usabilidade de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre transtorno obsessivo-compulsivo. *Temas em Psicologia*, 24(1), 261-276
- Silva, M. A., Louzã, M. R., & Vallada, H. P. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults: social-demographic profile from a university hospital ADHD outpatient unit in São Paulo, Brasil. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 64(3-A), 563-567.
- Sprich, S. E., Safren, S. A., Finkelstein, D., Remmert, J. E., & Hammerness, P. (2016). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1218-1226.

- Srivastava, J. (2013). Media multitasking performance: Role of message relevance and formatting cues in online environments. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 888-895.
- Swadi, H., Bobier, C., Price, L., & Craig, B. (2010). Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 18(1), 53-58.
- Swaminath, G. (2009). Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 51(3), 171-172.
- Tabosa, H. R., & Pinto, V. B. (2017). Comportamento de uso de informação na área da saúde por parte de usuários não especializados. Paper presented at XVII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (XVII ENANCIB), Salvador, BA. Disponível em http://repositorios.questoesemrede.uff.br/repositorios/bitstream/handle/123456789/3279/2016_GT11-CO_02.pdf?sequence=1
- Teixeira, M. A. P., Castro, G. D., & Piccolo, L. R. (2007). Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. *Interação em Psicologia*, 11(2), 211-220.
- Turner, A., Kabashi, A., Guthrie, H., Burket, R., & Turner, P. (2011). Use and value of information sources by parents of child psychiatric patients. *Health Information & Libraries Journal*, 28(2), 101-109.
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gómez-Barros, N., Valero, S., Palomar, G., ... & Ramos-Quiroga, J. A. (2013). Psychoeducation for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy: a randomized controlled pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 894-900.
- Wasserstein, J. (2005). Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 535-547.
- Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2008). ADHD in college students: Developmental findings. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), 311-319.

Weyandt, L. L., & DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders, 10*(1), 9-19.

Young, J. L., & Goodman, D. W. (2016). Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Management, and Treatment in the DSM-5 Era. *The primary care companion for CNS disorders, 18*(6), 1-18.

Anexos

A. Carta de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PSICOEDUCAÇÃO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador: Ana Cristina Garcia Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72074017.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.210.607

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado PSICOEDUCAÇÃO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS, foi proposto no âmbito do Departamento de Psicologia da UFSM.

"O objetivo deste projeto é psicoeducar estudantes universitários sobre o TDAH.

Em especial, pretende-se: a) construir um instrumento para avaliar conhecimentos sobre o TDAH, b) identificar as fontes de informação sobre saúde mental preferidas e utilizadas por estudantes universitários, c) identificar possíveis associações entre variáveis sócio demográficas, de personalidade, de saúde mental (indicadores de estresse, ansiedade, depressão e sintomatologia de TDAH) e o nível de conhecimento sobre TDAH; e d) desenvolver uma cartilha psicoeducativa sobre TDAH em estudantes universitários. Participarão do estudo 250 estudantes universitários e 250 profissionais da saúde. Os dados serão coletados online e em sala de aula por meio de questionários e apresentação de uma cartilha de psicoeducação do TDAH em estudantes universitários. Os dados serão submetidos a análises descritivas e comparações de médias (teste t intra e entre grupos) para avaliar a efetividade da cartilha enquanto forma de psicoeducação do TDAH. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para a disponibilização de material

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.210.607

psicoeducativo sobre o TDAH nessa população (cartilha do TDAH) que, por sua vez, pode auxiliar na identificação do transtorno e na busca de ajuda profissional."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: construir um instrumento para identificar os conhecimentos que estudantes universitários possuem sobre o Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade."

Objetivo secundário:

a) construir um instrumento para avaliar os conhecimentos de estudantes universitários sobre o TDAH, b) identificar as fontes de informação sobre saúde mental preferidas e utilizadas por estudantes universitários, c) identificar possíveis associações entre variáveis sócio demográficas, de personalidade, de saúde mental (indicadores d estresse, ansiedade, depressão e sintomatologia de TDAH) e o nível de conhecimento sobre TDAH;d) desenvolver uma cartilha psicoeducativa sobre TDAH em estudantes universitários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: durante a participação na pesquisa, não estão previstos danos físicos ou psicológicos aos participantes, uma vez que não serão adotados procedimentos invasivos. Contudo, o surgimento de desconforto em relação a alguma questão do questionário não está descartado. Se isso ocorrer, o participante poderá optar por encerrar a sua participação no estudo no momento em que desejar.

Benefícios: ao colaborar com esse estudo, os estudantes estarão auxiliando a ampliar o conhecimento sobre o TDAH em estudantes universitários e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.210.607

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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_DO_PROJETO_952765.pdf	27/07/2017 09:49:31		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaPrograd.pdf	27/07/2017 09:49:10	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/07/2017 15:21:37	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCONFIDREV.pdf	04/07/2017 15:18:35	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEonline.pdf	04/07/2017 15:18:19	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpresencial.pdf	04/07/2017 15:18:09	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ATESTADOPPGP.jpeg	04/07/2017 15:17:15	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	RegistroprojetoGEAIC58000.pdf	03/07/2017 22:44:02	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	03/07/2017 22:38:53	Ana Cristina Garcia Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.210.607

Não

SANTA MARIA, 09 de Agosto de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico e instrumentos

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um estudo com a finalidade de identificar os conhecimentos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) de estudantes universitários e profissionais de saúde. Ainda se espera identificar quais são as fontes preferidas para busca de informação em saúde mental e se uma cartilha sobre o TDAH disponibilizada online e em papel pode ser efetiva na transmissão de conhecimentos sobre esse transtorno. Para tanto, estamos aplicando 5 instrumentos que investigam variáveis sociodemográficas, de saúde mental e de conhecimentos sobre TDAH, que deverão ser respondidos de acordo com sua opinião sobre os temas propostos. Além disso, você lerá uma cartilha informativa sobre TDAH e poderá emitir sua opinião sobre a mesma. Estima-se que responder a esses instrumentos e ler a cartilha pode durar aproximadamente 40 minutos. Você verá que não é solicitada uma identificação nominal nos instrumentos de pesquisa, o que garante a privacidade das informações fornecidas. Também é importante assinalar que a sua participação no estudo é voluntária.

Esclarecemos que não estão previstos danos físicos ou psicológicos aos participantes. Caso você sinta algum desconforto psicológico em função de sua participação, os pesquisadores ficam responsáveis em lhe encaminhar a um serviço de atendimento psicológico gratuito. Também lhe informamos que você não terá despesas pessoais, compensação financeira nem sequer benefícios diretos devido a sua participação. Os resultados globais da pesquisa serão divulgados posteriormente através de publicação em revistas científicas da área de psicologia.

Esta pesquisa está sendo conduzida pela Prof^a. Ana Cristina Garcia Dias dos Programas de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com quem podem ser obtidas maiores informações, caso seja do seu interesse (e-mail: anacristinagarciadias@gmail.com).

1. Você possui 18 anos ou mais e gostaria de participar desta pesquisa?

Sim

Não

2. Questionário de caracterização dos participantes

2. Idade

3. Sexo

Feminino

Masculino

4. Estado:

5. Renda familiar aproximada (em reais; pode incluir sua renda própria, se for o caso):

até 1000

de 4501 a 5000

de 1000 a 1500

de 5001 a 5500

de 1501 a 2000

de 5501 a 6000

de 2001 a 2500

de 6001 a 6500

de 2500 a 3000

de 6501 a 7000

de 3001 a 3500

acima de 7000

de 3501 a 4000

não sei

de 4001 a 4500

6. Escolaridade do pai

Ensino fundamental incompleto (ou equivalente)

Ensino superior incompleto (faculdade incompleta)

Ensino fundamental completo (ou equivalente)

Ensino superior completo (faculdade completa)

Ensino médio incompleto (ou equivalente)

Não sei

Ensino médio completo (ou equivalente)

7. Escolaridade da mãe

Ensino fundamental incompleto (ou equivalente)

Ensino superior incompleto (faculdade incompleta)

Ensino fundamental completo (ou equivalente)

Ensino superior completo (faculdade completa)

Ensino médio incompleto (ou equivalente)

Não sei

Ensino médio completo (ou equivalente)

8. Sua escolaridade

- Ensino Superior Incompleto - parei de estudar
- Ensino Superior Incompleto - ainda estou cursando
- Ensino Superior Completo

3. Se Ensino Superior Incompleto...

9. Você faz seu curso universitário em uma instituição:

- Pública
- Privada

10. Forma de ingresso na universidade:

- PEIES
- Vestibular
- ENEM
- Outro (especifique)

11. Em que semestre você está?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 7 |
| <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 8 |
| <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 9 |
| <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 10 |
| <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 11 |
| <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 12 |

12. Você é a primeira pessoa a frequentar a universidade em sua família de origem (avós, pai, mãe, irmãos mais velhos não fizeram universidade)?

- Sim
- Não

13. Você é cotista?

- Sim
- Não
- Não quero responder

4. Se Ensino Superior Completo...

14. Profissão

15. Você atende pessoas que possuem TDAH?

Sim

Não

16. Você é professor?

Sim - no Ensino Superior

Sim - no Ensino Médio

Sim - no Ensino Fundamental

Não

5.

17. Você já recebeu diagnóstico de TDAH?

Sim

Não

6. Se tem TDAH...

18. Quem fez esse diagnóstico? (você pode marcar mais de uma opção)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Neurologista | <input type="checkbox"/> Enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> Pediatra | <input type="checkbox"/> Pedagogo |
| <input type="checkbox"/> Médico - clínico geral | <input type="checkbox"/> Professor |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

19. Você fez/faz tratamento para o TDAH? (você pode marcar mais de uma opção)

- Não
- Sim, uso ou usei medicação sob orientação médica
- Sim, fiz ou faço tratamento com um psicólogo
- Sim, fiz ou faço tratamento com um pedagogo
- Outro (especifique)

7. Se não tem TDAH...

20. Você suspeita ou já suspeitou que poderia ter TDAH?

Sim

Não

21. Se sim, o que levou ou leva você a suspeitar que pode ter TDAH?

8. Outros transtornos

22. Você já recebeu o diagnóstico de algum outro transtorno mental (exemplo: depressão, ansiedade...)? (você pode marcar mais de uma opção)

- Não
- Sim - Transtorno do humor (depressão, bipolaridade...)
- Sim - Transtorno de ansiedade (fobias, pânico, TOC, estresse pós-trauma...)
- Sim - Transtorno alimentar (anorexia, bulimia, compulsão alimentar...)
- Sim - Transtorno da personalidade (borderline...)
- Sim - Outro (especifique)

23. Você suspeita que pode ter algum outro transtorno mental?

- Não
- Sim (especifique)

24. Você faz uso de medicação controlada para transtorno mental (que precisa de receita para comprar)?

- Sim
- Não

9. Informações sobre transtornos mentais

25. Onde você **prefere buscar** informações sobre saúde mental? (você pode marcar mais de uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> internet (ex. Google, Wikipedia) | <input type="checkbox"/> profissionais da saúde conhecidos (informal) |
| <input type="checkbox"/> mídia impressa (revistas) | <input type="checkbox"/> palestras |
| <input type="checkbox"/> artigos científicos | <input type="checkbox"/> familiares |
| <input type="checkbox"/> profissionais da saúde (consulta formal paga) | <input type="checkbox"/> amigos |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

26. Onde você **costuma buscar** informações sobre saúde mental? (você pode marcar mais de uma opção)

- internet (ex. Google, Wikipedia)
- mídia impressa (revistas)
- artigos científicos
- profissionais da saúde (consulta formal paga)
- profissionais da saúde conhecidos (informal)
- palestras
- familiares
- amigos
- não costumo buscar informações sobre saúde mental
- Outro (especifique)

27. Sobre que transtornos mentais você gostaria de saber mais? (você pode marcar mais de uma opção)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não gostaria de saber mais sobre transtornos mentais | <input type="checkbox"/> Transtornos da personalidade |
| <input type="checkbox"/> Transtornos do humor | <input type="checkbox"/> Transtornos relacionados a substâncias ou transtornos aditivos |
| <input type="checkbox"/> Transtornos de ansiedade | <input type="checkbox"/> Transtornos da infância |
| <input type="checkbox"/> Transtornos alimentares | <input type="checkbox"/> Transtornos neurocognitivos |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique) | |

10.

28. Os itens abaixo apresentam crenças comuns sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Por favor, leia todas as afirmações e responda o quanto você concorda com cada uma conforme seu conhecimento atual sobre este transtorno.

	1 - Discordo totalmente	2	3 - Concordo totalmente
O TDAH é um transtorno que pode durar a vida inteira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tratamento consiste em desenvolver estratégias de organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH são agressivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sintomas do TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH são agitadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH pode ser controlado sem medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 - Discordo totalmente	2	3 - Concordo totalmente
A medicação extingue os sintomas do TDAH em todos os casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH tem origem neurobiológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O uso exclusivo de lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico do TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sintomas podem ser extintos apenas com força de vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas de longo prazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo e do tipo Combinado (desatento e hiperativo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tratamento do TDAH dura a vida toda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O uso de medicamentos é a melhor forma de tratar o TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH têm dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 - Discordo totalmente

2

3 - Concordo totalmente

O diagnóstico do TDAH
requer avaliação da
intensidade dos
sintomas, prejuízos
causados pelos
mesmos e idade de
início

11. ASRS

29. Por favor, responda as perguntas abaixo de acordo com como você se sentiu e se comportou nos últimos seis meses.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência
você interrompe os
outros quando eles
estão ocupados?

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Muito
frequentemente

12.

EDAE

30. Por favor, leia cada uma das afirmativas e marque o quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das alternativas.

	0 - Não se aplicou a mim de forma alguma	1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes	2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo	3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo
Eu tive dificuldade para me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi que estava com a boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não consegui ter sentimentos positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive reações exageradas às situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava bastante nervoso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu notei que estava ficando agitado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu achei difícil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti abatido(a) e triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	0 - Não se aplicou a mim de forma alguma	1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes	2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo	3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo
Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que eu estava muito irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu senti que a vida não tinha sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Big-5

31. A seguir, há uma lista com adjetivos que representam características comuns a diversas pessoas. Leia cada um deles e assinale o quanto descrevem você. Quanto maior o número assinalado, mais adequada a descrição e vice-versa.

	1 - Discordo totalmente	2	3	4	5 - Concordo totalmente
Comunicativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dedicada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Criativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gentil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esforçada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artística	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tímida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responsável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insegura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Filosófica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desembaraçada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bondosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aventureira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inibida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidadosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborrecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Audaciosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. TDAH em estudantes universitários

Por gentileza, clique [aqui](#) e leia a cartilha na íntegra.

Depois, retorne para esta página e conclua a sua participação nesta pesquisa.

32. Você leu a cartilha na íntegra?

Sim

Não

15. Avaliação da cartilha

33. O quão útil você considera essa cartilha como fonte de informação sobre o TDAH?

Inútil	Pouco útil	Mais ou menos útil	Útil	Muito útil
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Após a leitura da cartilha, você suspeita que pode ter TDAH?

- Sim
- Não
- Não sei

35. O que você está disposto a fazer a partir de agora?

- Nada
- Buscar mais informações sobre o TDAH
- Buscar ajuda profissional
- Outro (especifique)

36. Os itens abaixo (crenças comuns sobre o TDAH) já foram apresentados anteriormente. Por favor, responda-os novamente para que possamos avaliar a efetividade da cartilha.

	1 - Discordo totalmente	2	3 - Concordo totalmente
O TDAH é um transtorno que pode durar a vida inteira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH tendem a ser desorganizadas (perdem coisas, esquecem prazos etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tratamento consiste em desenvolver estratégias de organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH são agressivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sintomas do TDAH são causados pela dificuldade de controlar reações impulsivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 - Discordo totalmente	2	3 - Concordo totalmente
Pessoas com TDAH são agitadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH pode ser controlado sem medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O diagnóstico do TDAH pode ser realizado por psiquiatra, psicólogo ou por um professor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH ficam facilmente irritadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH é causado por falta de esforço da pessoa para prestar atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH é um transtorno que acontece somente na infância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A medicação extingue os sintomas do TDAH em todos os casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH tem origem neurobiológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O uso exclusivo de lista de sintomas é suficiente para realizar o diagnóstico do TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sintomas podem ser extintos apenas com força de vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH ficam logo desinteressadas por todas as atividades que realizam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH preferem atividades com gratificações imediatas do que esperar por recompensas de longo prazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O TDAH pode ser do tipo Desatento, do tipo Hiperativo e do tipo Combinado (desatento e hiperativo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 - Discordo totalmente	2	3 - Concordo totalmente
O número de casos de TDAH aumentou nas últimas décadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tratamento do TDAH dura a vida toda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH tendem a agir sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O uso de medicamentos é a melhor forma de tratar o TDAH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessoas com TDAH têm dificuldade em manter a atenção no que estão fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dos objetivos do tratamento é reduzir a tendência à distração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O diagnóstico do TDAH requer avaliação da intensidade dos sintomas, prejuízos causados pelos mesmos e idade de início	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Pesquisa concluída!

Agradecemos sua participação na nossa pesquisa!

C. Cartilha: TDAH em estudantes universitários

TDAH*

EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

CLARISSA
TOCHETTO DE OLIVEIRA

ANA CRISTINA
GARCIA DIAS



*TRANSTORNO
DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE

TDAH*

EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

*TRANSTORNO
DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE

EQUIPE

CLARISSA TOCHETTO DE OLIVEIRA
ANA CRISTINA GARCIA DIAS
MICHAEL DE QUADROS DUARTE

*A reprodução total ou parcial do conteúdo
é permitida desde que seja citada a fonte e
a finalidade não seja comercial*

2018

CLARISSA TOCHETTO DE **OLIVEIRA**

Psicóloga (UFSM), Especialista em Psicoterapia
Cognitivo-Comportamental (WP), Mestre em Psicologia
(UFSM) e Doutora em Psicologia (UFRGS)

ANA CRISTINA GARCIA **DIAS**

Psicóloga (UFRGS), Especialista em Psicoterapia
Cognitivo-Comportamental (WP), Mestre em Psicologia
(UFRGS), Doutora em Psicologia (USP) e professora do
PPG em Psicologia (UFRGS)

MICHAEL DE QUADROS **DUARTE**

Formação em Design Gráfico
(Escola de Artes Eleven C), Psicólogo (UNISINOS),
Mestrando em Psicologia (UFRGS) e responsável
pela diagramação do material

APRESENTAÇÃO

Por muito tempo, o TDAH foi considerado um transtorno exclusivo da infância. Entretanto, o transtorno pode persistir na vida adulta em torno de 70% dos casos (Lara et al., 2009) e interferir na trajetória acadêmica das pessoas que conseguem ingressar no ensino superior (Oliveira & Dias, 2015).

Esta cartilha tem o objetivo de informar sobre o TDAH, auxiliar no reconhecimento dos sintomas e das dificuldades vivenciadas por estudantes universitários, apresentar algumas opções de tratamento e sugerir onde buscar ajuda.

Clarissa Rocha de Almeida



TDAH

O QUE É O TDAH?

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico que se caracteriza por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade (APA, 2013). Pessoas com TDAH geralmente apresentam dificuldade de manter atenção em algo, de relaxar e de pensar antes de agir. Esses sintomas são decorrentes do atraso no desenvolvimento da inibição de comportamento. A dificuldade de inibir reações impulsivas e de considerar o futuro nas decisões faz com que os indivíduos guiem seu comportamento com base em recompensas imediatas em vez de gratificações que possam obter no futuro (Alexander & Farrelly, 2017). O TDAH interfere na vida acadêmica, profissional, afetiva e social das pessoas que o possuem (APA, 2013). A prevalência do TDAH em estudantes universitários é de 2 a 8% (DuPaul, Weyandt, O'Dell & Varejao, 2009).

QUAIS AS CAUSAS DO TDAH?

Fatores neurobiológicos: várias áreas cerebrais estão envolvidas no TDAH, principalmente o córtex pré-frontal, que funciona como um “freio” inibitório. Para manter atenção em um estímulo, é preciso “frear” os demais estímulos. O comprometimento dessa região torna a pessoa mais desatenta, hiperativa e impulsiva (Alexander & Farrelly, 2017). Também há “falhas” no funcionamento das funções executivas (necessárias para estabelecer, manter, corrigir e realizar um plano de ação), do sistema de recompensa (conjunto de estruturas cerebrais que sinaliza quando as ações são bem-sucedidas e premia o indivíduo com uma sensação física e mental de prazer) e nas redes responsáveis pela manutenção da atenção (Alexander & Farrelly, 2017).

Fatores ambientais: o uso materno de nicotina e de álcool durante a gestação aumentam as chances de o filho apresentar TDAH (He et al., 2017). Além disso, um ambiente familiar estressante pode agravar os sintomas de desatenção e hiperatividade (Johnston & Chronis-Tuscano, 2017).

Fatores genéticos: o TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau (pais) com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial (APA, 2013).



Neurobiológicas

Ambientais

Genéticas

RECONHECENDO O TRANSTORNO

Pessoas com TDAH apresentam seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade (APA, 2013). Os sintomas já estavam presentes antes dos 12 anos de idade (APA, 2013) e tendem a permanecer na vida adulta em até 70% dos casos (Lara et al., 2009).



MANIFESTAÇÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS



SINTOMA

Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas acadêmicas

Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente



MANIFESTAÇÃO

- Comete erros por falta de atenção
 - Entrega trabalhos incompletos
 - Leva muito tempo para finalizar trabalhos que exijam atenção aos detalhes
 - Apresenta ímpetos de energia para terminar tarefas, mas tem dificuldade de manter o desempenho de forma consistente
-
- Parece estar pensando em outra coisa
 - Dificuldade de concentrar-se em uma explicação
 - Dificuldade em lembrar o conteúdo de uma aula
 - Muda frequentemente de assunto



SINTOMA

Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas

Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos acadêmicos



MANIFESTAÇÃO

- Dificuldade de manter o foco durante as aulas, leituras, apresentações de trabalho e avaliações
 - Dificuldade de finalizar uma leitura ou lista de exercícios
 - Distrai-se com estímulos externos (barulhos, objetos) ou internos (pensamentos)
 - Dificuldade em voltar a atenção para a tarefa que estava sendo realizada
 - Entedia-se com facilidade
 - Pergunta sobre conteúdos que já foram explicados
-
- Não lê instruções ou lê com pouca atenção
 - Começa atividades, mas não as termina
 - Sensação crônica de excesso de atividades

JOHN
FRANKLIN

The GODS
RENAISSANCE AS
THE UNIVERSITY
OF TORONTO

THE UNIVERSITY
OF TORONTO
10%
10%
10%
20%
80%



Big SHOE
reads

THE FAMOUS SHOE HOUSE OF DORCHESTER IS RENOVATED TO PROVIDE YOU A GREAT PLACE TO VISIT. YOU ARE TO VISIT THE SHOE HOUSE IN A NEW AND FUN WAY. YOU ARE TO VISIT THE SHOE HOUSE IN A NEW AND FUN WAY. YOU ARE TO VISIT THE SHOE HOUSE IN A NEW AND FUN WAY.

10%
10%
10%
20%
80%



Handwritten notes on a piece of paper, including sections for 'MATERIALS', 'PLANTING', and 'LAYOUT'.



SINTOMA

Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

Com frequência é incapaz de se envolver em atividades de lazer calmamente



MANIFESTAÇÃO

- Dificuldade de se organizar para atividades diárias (aulas, estágios, projetos)
 - Compromete-se com responsabilidades e se esquece
 - Dificuldade em definir qual atividade realizar primeiro
 - Perde materiais e objetos pessoais (chave, celular, carteira, cadernos, livros)
 - Dificuldade de gestão do tempo
 - Esquece-se de usar agenda ou listas de atividades
 - Trabalho aparentemente mal feito
 - Perde prazos
-
- Fala durante atividades em que deve ficar calado
 - Tem dificuldade de realizar atividades em silêncio



SINTOMA

Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado

Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades



MANIFESTAÇÃO

- Procrastina atividades chatas ou complexas
 - Procrastina atividades até o prazo vencer
 - Evita preencher formulários e elaborar relatórios
 - Evita leituras longas
 - Evita realizar longas listas de exercícios
 - Evita elaborar e revisar trabalhos longos
-
- Não encontra lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular
 - Esquece suas coisas nos locais onde vai
 - Perde tempo procurando suas coisas
 - Guarda suas coisas em locais errados



SINTOMA

Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos



MANIFESTAÇÃO

- Dificuldade para ignorar estímulos externos (barulhos, pessoas, coisas, eventos)
- Dificuldade de concentrar-se novamente depois de distraído
- Dificuldade em selecionar informações que interessam
- Atrasa-se, não é pontual

Com frequência “não para”

- Não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões
- É visto como inquieto ou difícil de acompanhar
- Considera difícil relaxar
- Tem a sensação de que deveria estar fazendo alguma coisa
- Parece ter muita energia





SINTOMA

Frequentemente fala demais

Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira



MANIFESTAÇÃO

- Fala rápido
- Fala tanto que chega a cansar os outros
- Tem dificuldade de parar de falar
- Não dá espaço para os outros participarem da conversa
- Muda de assunto durante a conversa, voltando depois para o assunto anterior

- Mexe-se com frequência
- Sensação de inquietude
- Mexe nos cabelos com frequência
- Rói as unhas com frequência



SINTOMA

Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado

Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída

Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez



MANIFESTAÇÃO

- Sai do seu lugar em sala de aula ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar
- Evita palestras e eventos
- Inventa desculpas para poder ficar andando
- Interrompe os outros
- Termina frases dos outros
- Responde antes de os outros terminarem a pergunta
- Fala sem pensar
- Dificuldade em esperar sua vez em uma fila
- Fura filas
- Impaciência



SINTOMA

Frequentemente interrompe
ou se intromete



MANIFESTAÇÃO

- Usa as coisas de outras pessoas sem permissão
- Intromete-se no que outros estão fazendo
- Dificuldade em respeitar limite alheio

MITOS SOBRE O TDAH

E O QUE AS PESQUISAS
ATUAIS DIZEM A RESPEITO

MITO



TDAH É FALTA DE ESFORÇO

O QUE SE SABE ATUALMENTE

Pessoas com TDAH apresentam dificuldade de manter atenção em determinada tarefa em função da dificuldade de ignorar outros estímulos (Alexander & Farrelly, 2017), o que pode resultar em projetos inacabados e mudanças repentinas de assunto em conversas, mas isso não significa desinteresse ou falta de motivação.

MITO



**PESSOAS COM TDAH SÃO
MENOS INTELIGENTES**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

Pessoas com TDAH não apresentam déficit intelectual quando comparados a pessoas sem o transtorno. O que acontece é que os sintomas impedem o indivíduo de manter a atenção na preparação (estudo) e execução (prova) de determinada tarefa e, conseqüentemente, pode apresentar pior desempenho (Oliveira & Dias, 2015).

MITO



**PESSOAS COM TDAH ESTÃO
SEMPRE AGITADAS**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

Pessoas com TDAH não apresentam sempre os mesmos sintomas. Algumas pessoas apresentam mais sintomas relacionados à desatenção (subtipo desatento), outras, à hiperatividade (subtipo hiperativo) e outras apresentam sintomas de desatenção e hiperatividade (subtipo combinado) (APA, 2013).

MITO



**O TDAH É UMA INVENÇÃO DA
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

Trata-se de um transtorno neurobiológico. Há comprometimento nas funções executivas (estabelecer, manter, corrigir e realizar um plano de ação), no funcionamento do sistema de recompensa do cérebro (conjunto de estruturas cerebrais que sinaliza quando as ações são bem-sucedidas e premia o indivíduo com uma sensação física e mental de prazer), e nas redes responsáveis pela manutenção da atenção (Alexander & Farrelly, 2017).

MITO



**O TDAH É EXCLUSIVO
DA INFÂNCIA**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

O TDAH inicia na infância por se tratar de um transtorno do neurodesenvolvimento, e pode persistir na vida adulta, independente de país de origem, nível socioeconômico, raça ou religião (APA, 2013).

MITO

**TODO MUNDO É DESATENTO E
HIPERATIVO, BASTA SE ESFORÇAR
PARA CONTROLAR OS SINTOMAS**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

Em média, as pessoas conseguem prestar atenção em algo por 45 minutos. Esse tempo pode variar conforme o interesse e nível de dificuldade da atividade que está sendo realizada. No caso de pessoas com TDAH, o tempo de atenção é menor devido à dificuldade de ignorar estímulos (visuais, sonoros) do ambiente, que leva à distração (Alexander & Farrelly, 2017).

MITO

**A MEDICAÇÃO NEUTRALIZA
OS SINTOMAS DO TDAH EM
TODOS OS CASOS**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

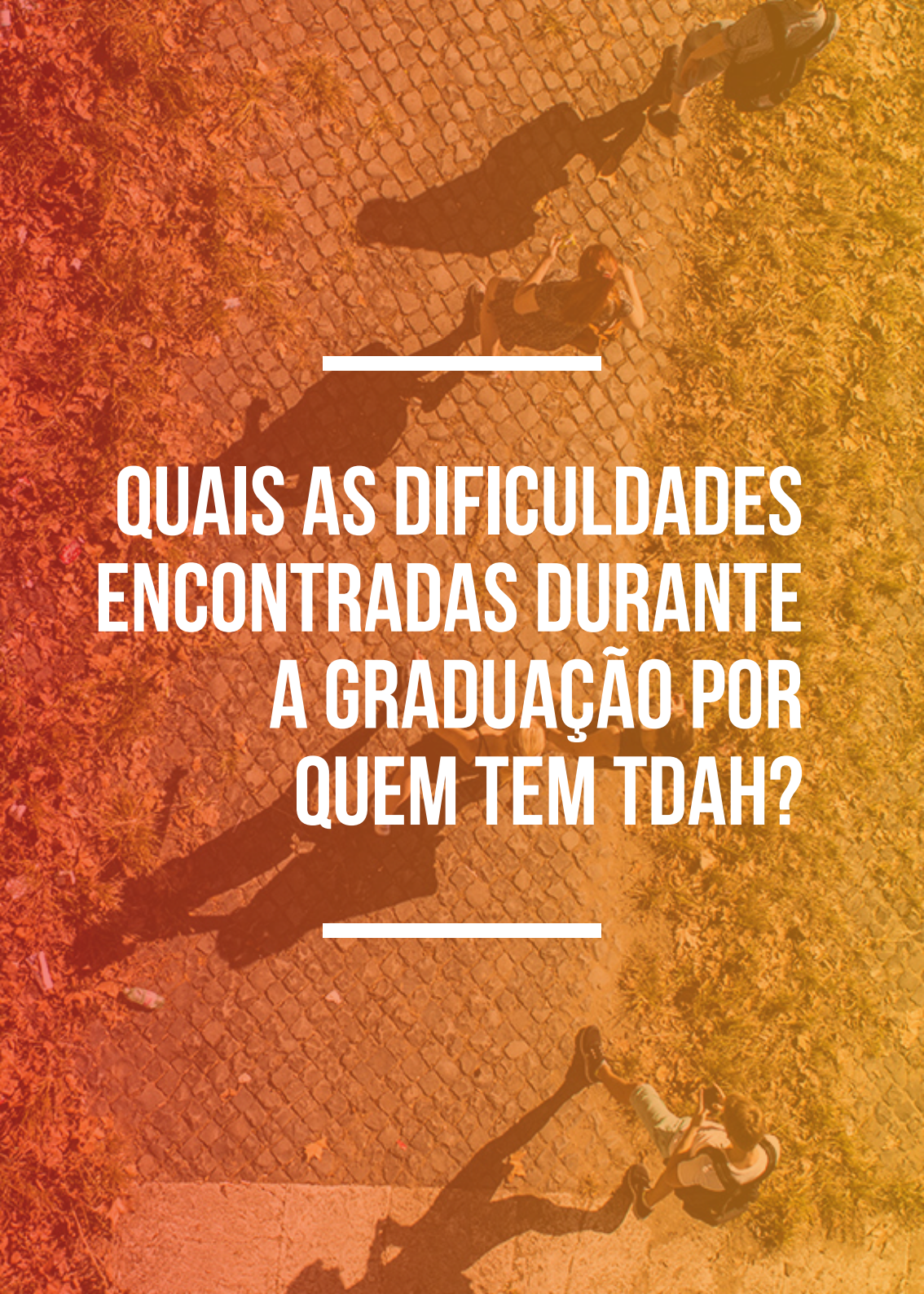
A medicação pode ser necessária no tratamento do TDAH: em alguns casos é suficiente para o controle dos sintomas e, em outros, diminui os sintomas em até 50% (Safren et al., 2017).

MITO

**TDAH É RESULTADO DE PAIS QUE
NÃO IMPÕEM LIMITES**

O QUE SE SABE ATUALMENTE

O TDAH é um transtorno neurobiológico, influenciado por fatores genéticos e ambientais (APA, 2013). A conduta dos pais na educação dos filhos não causa TDAH, mas pode exacerbar os sintomas. Portanto, o conhecimento da família sobre o transtorno é fundamental para não culpar o filho pelos prejuízos dos sintomas e para oferecer suporte necessário para lidar com eles (Johnston & Chronis-Tuscano, 2017).



**QUAIS AS DIFICULDADES
ENCONTRADAS DURANTE
A GRADUAÇÃO POR
QUEM TEM TDAH?**

DIFICULDADES PESSOAIS

As principais dificuldades pessoais encontradas por pessoas com TDAH são instabilidade emocional e baixa autoestima. A instabilidade emocional deve-se à dificuldade de bloquear reações impulsivas, pois em geral, pessoas com TDAH não param para pensar nas consequências de suas ações. A baixa autoestima é consequência dos prejuízos dos sintomas vivenciados durante a vida, dificuldade em controlá-los, pouco conhecimento sobre o transtorno e falta de tratamento adequado (Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin, & Berman, 2005).

DIFICULDADES INTERPESSOAIS

Pessoas com TDAH apresentam maiores dificuldades de lidar com emoções negativas, o que pode causar problemas interpessoais. Mudanças repentinas de humor, desinibição e decisões impulsivas podem resultar em hostilidade social, rejeições, perda de amigos e má reputação entre os professores. Pessoas com TDAH tendem a estar envolvidas em

discussões com colegas e professores, ter habilidades sociais (escutar enquanto o outro fala, ser assertivo etc.) menos desenvolvidas e a receber menos apoio dos amigos (Shaw-Zirt et al., 2005; Souza, Mattos, Pina, & Fortes, 2008; Wilmshurst, Peele, & Wilmshurst, 2011).

DIFICULDADES NAS ESTRATÉGIAS DE ESTUDO

Estudantes universitários com TDAH tendem a encontrar dificuldades para se organizar em relação aos estudos devido a maiores demandas acadêmicas que no ensino médio. A menor presença e cobrança dos pais também pode potencializar essa dificuldade (Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle, & Swartzwelder, 2008). Os sintomas do TDAH ainda podem interferir nos hábitos de estudo (dificuldade de manter atenção no estudo) e na gestão do tempo (dificuldade em organizar o conteúdo em tempo hábil de estudo, focar no estudo quando outros estímulos parecem mais interessantes, cumprir prazos etc.) (Palmini, 2008; Rohde, Knapp, Lykowski, & Carim, 2004).



DEPT OF TRANSPORTATION

ONE WAY

DEPT OF TRANSPORTATION

ONE WAY

FORMAS DE TRATAMENTO

Em caso de suspeita do TDAH, procure um psicólogo, psiquiatra ou neurologista, que são os profissionais da saúde aptos para realizar o diagnóstico e indicar tratamento.

PSICOEDUCAÇÃO

Ofecere informações sobre o TDAH (causas, sintomas, prejuízos) e estratégias de enfrentamento para paciente e/ou familiares de forma sistemática e didática (Oliveira & Dias, in press).

MEDICAÇÃO

Pode diminuir os principais sintomas do TDAH, que são problemas de atenção, atividade aumentada e impulsividade. Contudo, quando a eficácia é parcial, apenas 50% dos sintomas principais do TDAH são reduzidos (Safren et al., 2017). Necessita de prescrição e acompanhamento médico.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Proporciona ao paciente estratégias e habilidades concretas para enfrentar os prejuízos ocasionados pelos sintomas do transtorno. Trabalha habilidades de organização e planejamento, formas de lidar com a tendência à distração, gerenciamento da ansiedade e depressão e evitação da procrastinação (Safren et al., 2017).

AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Existem ambulatórios especializados em diversos hospitais no Brasil, tais como:

- Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH) no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Ambulatório de TDAH do Hospital Geral de Fortaleza
- Ambulatório de TDAH na Universidade Federal da Bahia
- Projeto de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PRODATH) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

SETOR DE APOIO AO ESTUDANTE

A universidade conta com uma equipe para prestar auxílio aos estudantes. Se não houver um profissional que possa avaliar, diagnosticar e tratar o TDAH, peça encaminhamento para um psicólogo, psiquiatra ou neurologista.

CLÍNICA ESCOLA DE PSICOLOGIA

Estudantes dos últimos anos do curso de Psicologia, supervisionados por psicólogos formados, oferecem psicoterapia para o público em geral. Também pode optar por **clínicas particulares** de psicólogos, psiquiatras e neurologistas.

ONDE BUSCAR AJUDA?

No site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) há informações, depoimentos e dicas sobre o TDAH. Você pode acessá-lo aqui:



www.tdah.org.br

REFERÊNCIAS

- Alexander, L., & Farrelly, N. (2017). Attending to adult ADHD: a review of the neurobiology behind adult ADHD. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-8.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 234-250.
- He, Y., Chen, J., Zhu, L. H., Hua, L. L., & Ke, F. F. (2017). Maternal Smoking During Pregnancy and ADHD: Results From a Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Journal of Attention Disorders*, 1087054717696766.
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2017). Parental ADHD: Relations to Parenting, Child Behavior, and Treatment Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 411-413.
- Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2015). Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na

Experiência Universitária. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 613-629.

Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (in press). Psicoeducação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: O que, como e para quem informar. *Temas em Psicologia*, 26(1).

Palmini, A. (2008). Professionally successful adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Strategies of compensation and subjective effects of pharmacological treatment. *Dementia & Neuropsychologia*, 2(1), 63-70.

Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 689-699.

Rohde, L. A., Knapp, P., Lykowsky, L., & Carim, D. (2004). Crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 358-373). São Paulo: Artmed.

Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program, therapist guide*. Oxford University Press.

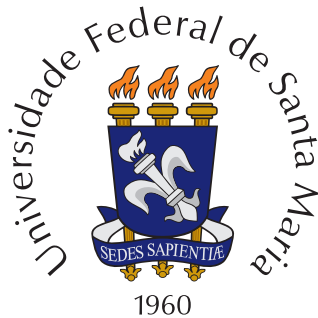
Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Berman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109-120.

Souza, I., Mattos, P., Pina, C., & Fortes, D. (2008). ADHD: The impact when not diagnosed. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 139-141.

Wilmshurst, L., Peele, M., & Wilmshurst, L. (2011). Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), 11-17.



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**



NEIC

NÚCLEO DE ESTUDOS E INTERVENÇÕES EM CARREIRA

NuPICC

NÚCLEO DE PESQUISAS E INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS