

Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH

Epidemiological study on symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Behavior Disorders in public schools of Florianópolis/SC using the EDAH

Lisiane Schilling Poeta^a e Francisco Rosa Neto^b

Original version accepted in English

^aCentro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^bLaboratório de Desenvolvimento Humano, do Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis e Universidade do Sul de Santa Catarina, SC, Brasil

Resumo

Objetivos: O transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma patologia caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Este trabalho teve como objetivo realizar um estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção e do transtorno de conduta em escolares da rede pública de Florianópolis usando a Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).

Métodos: Fizeram parte do estudo 1.898 escolares (1.001 do sexo masculino e 897 do sexo feminino), matriculados em cinco escolas da rede pública de Florianópolis, de 1ª a 4ª série do ensino fundamental, com idades entre 6 e 12 anos. O instrumento utilizado foi a Escala de Farré e Narbona, preenchida pelos professores e pais, que classifica a criança com o predomínio dos sintomas de hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção e TDAH associado com transtorno de conduta (global).

Resultados: Dentre os 1.898 escolares, 95 (5%) apresentaram os sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade associado ao transtorno de conduta. Em relação ao sexo, a frequência foi maior nos meninos, na proporção de 3:1.

Conclusão: Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram os da literatura. A distribuição dos subtipos do TDAH por sexo é similar à informada na literatura.

Descritores: Transtorno da falta de atenção com hiperatividade; Transtorno da conduta; Hiperatividade; Prevalência; Escalas; Saúde escolar; Criança; Masculino; Feminino

Abstract

Objectives: Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is a pathology characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity. The purpose of this article is to conduct an epidemiological study on symptoms of ADHA and behavior disorders in public schools of Florianópolis/SC.

Methods: The study involved 1.898 students (1.001 males and 897 females) enrolled in five public schools of Florianópolis, from the 1st up to the 4th grades, aged 6 to 12. The instrument used was the Farré and Narbona's Scale, filled out by teachers and parents, which classifies children with predominance of the following symptoms: hyperactivity, attention deficit, conduct disorder, hyperactivity with attention deficit and Attention deficit/hyperactivity disorder associated with conduct disorder (global).

Results: Of the 1.898 students, 95 (5%) showed symptoms of ADHA associated with Behavioral Disorders. Regarding gender, the prevalence was higher in boys, in a 3:1 ratio.

Conclusions: Our data is in accordance with the literature. The distribution of the ADHD subtypes by gender is similar to the mentioned literature.

Keywords: Attention deficit disorder with hyperactivity; Conduct disorder; Hyperactivity; Prevalence; Scales; School health; Child; Male; Female

Introdução

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios comportamentais comumente diagnosticado em crianças. Este transtorno tem aparecido com variações na sua nomenclatura no decorrer da história, incluindo algumas denominações como "Lesão Cerebral Mínima";¹ "Reação Hiperkinética da Infância", no DSM-II;² "Distúrbio do Déficit de Atenção", no DSM-III;³ "Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção", no DSM-III-R;⁴ "Transtornos Hiperkinéticos", na CID-10;⁵ e "Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade", no DSM-IV.⁶ É caracterizado por

desatenção, tendência à distração, impulsividade e excessiva atividade motora em graus inadequados à etapa do desenvolvimento. Alguns autores sugerem que os transtornos de conduta também podem estar associados ao TDAH.⁷

Estes sintomas se iniciam antes dos sete anos de idade,⁶ embora a maioria seja diagnosticada após a manifestação destes por alguns anos, podendo-se observá-los em situações como na casa, na escola ou no trabalho.⁸ Muitas vezes, o distúrbio só é reconhecido quando a criança ingressa na escola, pois é o período em que as dificuldades de atenção e inquietude são percebidas com

maior frequência pelos professores, quando comparadas com outras crianças da mesma idade e ambiente. Essas crianças mostram-se agitadas, trocam muito de atividades, apresentam problemas na organização acadêmica e dificuldade de manter uma relação de amizade com as demais crianças de sua idade.⁹ Um excessivo nível de atividade é tipicamente observado, manifestando-se como movimentos corporais desnecessários, impulsividade, assim como antecipação de respostas e inabilidade para esperar um acontecimento.¹⁰ Dificuldade de aprendizagem, perturbações motoras (equilíbrio, noção de espaço e tempo, esquema corporal, etc.) e fracasso escolar são manifestações que acompanham o transtorno hiperativo.¹¹ A variabilidade do comportamento ou entre ambientes é outra característica dessas crianças.¹¹ O TDAH representa, junto com a dislexia, a principal causa de fracasso escolar,¹² sendo que a dificuldade de aprendizagem está presente em 20% das crianças com este transtorno.¹³ Quanto mais estruturado o ambiente e quanto maior o número de demandas, mais o comportamento desvia-se do esperado, enquanto que em situações pouco estruturadas e com baixo número de demandas é menos possível distinguir essas crianças de seus colegas “normais”.¹⁴ É importante salientar que essas crianças também são, freqüentemente, capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário ou em atividades de grande interesse.¹⁵

O TDAH não é um transtorno observado apenas na infância. Sua prevalência em adultos é estimada em aproximadamente 4%.¹⁶ Pesquisadores americanos afirmam que as seqüelas do TDAH atingem de 2 a 2,5% dos adultos, que apresentam falta de atenção, impulsividade, irritabilidade, intolerância e frustrações.¹⁷

O TDAH é uma síndrome heterogênea, sendo que a etiologia é multifatorial, dependendo de fatores genéticos e adversidades biológicas e psicossociais.¹⁸ Pesquisas têm relacionado o TDAH a fatores genéticos em pelo menos 80% dos casos; se os pais apresentam o transtorno, há um risco de duas a oito vezes maior que seus filhos venham a apresentá-lo,¹⁸ o que também ocorre em famílias com transtorno de humor, transtorno de ansiedade, dependência de álcool e, provavelmente, transtorno anti-social de personalidade.¹⁷ Há uma variedade de outras etiologias neuroclínicas do TDAH, incluindo risco neurológico, dano cerebral e exposição a neurotoxinas.¹¹

É, portanto, um problema importante, dadas as implicações que vão desde dificuldades no desempenho escolar, até problemas psicológicos e sociais na vida do indivíduo.

Considerando a relevância do tema, este trabalho teve como propósito realizar um estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Conduta em escolares da rede pública de Florianópolis usando a *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (EDAH).⁷

Método

A população do estudo compreendeu cinco escolas da rede pública estadual de Florianópolis. Do total de 12 escolas, foram escolhidas aleatoriamente cinco, o que equivale a 40% das escolas estaduais da região continental de Florianópolis, perfazendo um total de 1.898 escolares (1.001 do sexo masculino e 897 do sexo feminino), com idades entre 6 e 12 anos, matriculados da 1ª à 4ª série do ensino fundamental. A pesquisa foi realizada no período de agosto

a novembro de 2002.

EDAH

O instrumento utilizado foi a EDAH⁷ (Tabela 2), que classifica a criança com o predomínio dos seguintes sintomas: hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção ou sintomas do déficit de atenção/hiperatividade associados ao transtorno de conduta (global). Esta escala é composta por 20 questões fechadas – sendo que as respostas a serem marcadas variam de 0 a 3 pontos –, as quais o professor responde conforme a conduta freqüente do sujeito durante os últimos seis meses. Optamos por utilizar esta mesma escala com os pais das crianças, já que a literatura indica que as manifestações do transtorno devem ocorrer em pelo menos dois ambientes distintos.

A partir das experiências com a Escala de Conners adaptada à população espanhola e dos estudos sucessivos realizados a partir delas,¹⁹ Farré e Narbona consideraram conveniente elaborar uma nova escala que mantivesse as qualidades das anteriores, adaptando-se aos novos conhecimentos.⁷ A análise fatorial dos índices de confiabilidade da referida escala em espanhol foi realizada no Departamento de Metodologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona. Distintos estudos realizados com a Escala de Conners mostraram a coerência dos itens que constituem os fatores de hiperatividade, desatenção e transtorno de conduta. Para os índices de fidedignidade, foram realizadas as correlações de cada item com seu fator, de cada item com seu total e de cada fator com o total.⁷ Para o estudo da validade, foram realizadas as correlações entre esta escala e os critérios do DSM-III. Portanto, o instrumento apresenta como índices de fidedignidade (Alfa de Cronbach): para as questões de TDAH (global), / =0,929; hiperatividade/impulsividade, / =0,849; déficit de atenção, / =0,898; hiperatividade com déficit de atenção, / =0,874; transtorno de conduta, / =0,899. Os índices de validade são de 0,677 para as questões de TDAH (global) e de 0,6761 para as questões de Hiperatividade/Déficit de Atenção.

Esta classificação recebeu o prêmio TEA Ediciones, em 2001, na Espanha. Por ser um instrumento de fácil aplicação, fizemos uma adaptação desta escala para a nossa população. Um dos autores deste trabalho, Francisco Rosa Neto, por ter feito mestrado e doutorado na Espanha, por conhecer um dos autores do instrumento e pela familiaridade com o idioma espanhol, traduziu a escala para a língua portuguesa e realizou alguns ensaios científicos na cidade de Florianópolis.²⁰ Este estudo foi realizado através de uma bolsa de iniciação científica, sendo que, paralelamente, foram desenvolvidos dois trabalhos de mestrado (Mestrado em Ciências do Movimento Humano na UDESC/Santa Catarina, Brasil, e

Tabela 1 – População do estudo

Escolas	Estudantes Sexo Masculino	Estudantes Sexo Feminino	Total
A	158	122	280
B	340	323	663
C	182	158	340
D	125	102	227
E	207	181	388
TOTAL GERAL	1.001	897	1.898

Tabela 2 – EDAH traduzida

Escala para Avaliação do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade			
nada	muito	suficiente	muito
0	1	2	3
01	Tem excessiva inquietude motora.	0	1 2 3
02	Tem dificuldade de aprendizagem na escola.	0	1 2 3
03	Incomoda freqüentemente outras crianças.	0	1 2 3
04	Distrai-se facilmente, mostrando atenção escassa.	0	1 2 3
05	Exige satisfação imediata de seus desejos.	0	1 2 3
06	Tem dificuldade em atividades cooperativas.	0	1 2 3
07	Costuma estar nas nuvens, absorto.	0	1 2 3
08	Deixa por terminar as tarefas que iniciou.	0	1 2 3
09	Não é bem aceito pelo grupo.	0	1 2 3
10	Nega seus erros e joga a culpa nos outros.	0	1 2 3
11	Freqüentemente grita em situações inadequadas.	0	1 2 3
12	Responde com facilidade. É mal-educado e arrogante.	0	1 2 3
13	Mexe-se constantemente, intranquilo.	0	1 2 3
14	Discute e briga por qualquer coisa.	0	1 2 3
15	Tem explosões advindas de uma instabilidade no temperamento.	0	1 2 3
16	Falta noção de limite e de "jogo limpo".	0	1 2 3
17	É impulsivo e irritável.	0	1 2 3
18	Relaciona-se mal com a maioria de seus colegas.	0	1 2 3
19	Seus esforços são facilmente frustrados, é inconstante.	0	1 2 3
20	Não aceita as indicações do professor.	0	1 2 3

NORMAS DE APLICAÇÃO E CORREÇÃO DA ESCALA

Para calcular as pontuações diretas de cada subescala, somam-se as questões correspondentes aos itens de cada uma delas (Hiperatividade/Impulsividade; Déficit de Atenção; e Transtorno de Conduta):

- Predomínio de HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE: Questões 1, 3, 5, 13 e 17

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Hiperatividade/Impulsividade maior ou igual a 10.

- Predomínio de DÉFICIT DE ATENÇÃO: Questões 2, 4, 7, 8 e 19

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Déficit de Atenção maior ou igual a 10.

- Predomínio de TRANSTORNO DE CONDUTA: Questões 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 e 20

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Transtorno de Conduta maior ou igual a 11. Segundo Farré e Narbona,⁷ a presença – ou ausência – de Transtornos de Conduta ajuda a definir se estes são concomitantes ao TDAH ou trata-se de outro tipo de transtorno sem o TDAH subjacente.

- Se o somatório das respostas das questões de Hiperatividade/Impulsividade e Déficit de Atenção for maior ou igual a 18, considera-se a criança com predomínio de Hiperatividade com Déficit de Atenção.

- Se o somatório das respostas de todas as questões (Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Transtorno de Conduta) for maior ou igual a 30, considera-se a criança com TDAH (global).

Mestrado em Psicopedagogia na UNISUL/Santa Catarina, Brasil), fazendo um comparativo da EDAH⁷ e o questionário do DSM-IV,⁶ além da análise do perfil motor das crianças com triagem positiva do TDAH.

Procedimentos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Secretaria da Educação do Estado de Santa Catarina, os dados foram coletados utilizando-se os seguintes procedimentos: primeiramente, foram selecionadas, aleatoriamente, as escolas que fariam parte do estudo (cinco escolas com 1.898 alunos de 1ª à 4ª série). Foi realizada uma reunião com o corpo docente de cada escola, a fim de esclarecer sobre os sintomas do TDAH. A partir da reunião, houve uma pré-seleção dos alunos considerados pelos professores de cada turma como tendo os sintomas do transtorno. No primeiro estágio, foi aplicada a EDAH⁷ aos professores das crianças selecionadas, para a confirmação diagnóstica da conduta da criança, sendo que 168 crianças tiveram triagem positiva. No segundo estágio, os pais foram convidados a visitarem a escola e preencherem uma cópia da mesma escala para a confirmação das respostas dos professores, sendo possível obter as respostas dos pais de 149 alunos. Portanto, a triagem inicial foi de 149 alunos com a escala preenchida pelos professores e pais, sendo que destes, 115 apresentaram sintomas de transtorno do comportamento pela opinião equivalente dos professores e pais. Os 19 alunos cujos pais não compareceram na escola foram excluídos

Tabela 3 – Pontuações da EDAH

Diagnóstico	Pontuações
Hiperatividade/Impulsividade	10
Déficit de Atenção	10
Transtorno de Conduta	11
Hiperatividade + Déficit de Atenção	18
Global	30

Hiperatividade/Impulsividade: diagnóstico de TDAH com predomínio hiperativo/impulsivo.

Déficit de Atenção: diagnóstico de TDAH com predomínio de Déficit de Atenção.

Transtorno de Conduta: diagnóstico de Transtorno de Conduta.

Hiperatividade + Déficit de Atenção: diagnóstico de TDAH do tipo combinado.

Global: diagnóstico de TDAH associado ao Transtorno de Conduta.

da análise estatística.

Resultados

Para análise dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva, mediante a distribuição de frequências simples e percentuais através do software Epi Info 6.0.²¹

O emprego da escala em nossa população permitiu evidenciar que, do total de 1.898 escolares, 115 (correspondendo a 6,0% da

Tabela 4 – Características gerais da amostra quanto aos sintomas do TDAH

Características	Frequência	%
Global	95	5
Déficit de Atenção	6	0,31
Transtorno de Conduta	5	0,26
Hiperatividade	2	0,1
Hiperatividade + Déficit de Atenção	7	0,36
TOTAL	115	6%

população) apresentaram algum desses transtornos, sendo que 95 (5%) apresentaram pontuação igual ou superior a 30, demonstrando os sintomas do TDAH (global).

Em relação ao sexo (do total de 1.001 meninos e 897 meninas), houve predominância do sexo masculino com algum desses transtornos: 89 meninos (8,89% da população masculina), sendo que 73 meninos (7,29%) apresentaram sintomas do TDAH global. Quanto ao sexo feminino, 26 meninas (2,89% da população feminina) apresentaram algum desses transtornos, sendo que 22 (2,45%) apresentaram sintomas do TDAH global.

Discussão

O presente estudo apresentou algumas limitações que devem ser enfatizadas. Como a amostra nas escolas partiu da identificação dos professores, isto pode ter subestimado a prevalência dos sintomas; houve perdas amostrais (19 casos) nas taxas de prevalência verificadas, causando alteração nos resultados encontrados; a escala não sofreu processo de "backtranslation", ainda que a validade da tradução tenha sido feita através de ensaios científicos.²⁰

A prevalência de escolares com os sintomas do TDAH coincide com a maioria dos estudos que aceitam uma margem de erro ao redor de 5%.^{5,22-23} Farré e Narbona²⁴ encontraram uma prevalência de 6% em escolares validando o questionário de Conners na população espanhola. Baumgaertel et al²⁵ realizaram um estudo na Alemanha, com crianças e adolescentes de 5 a 12 anos, utilizando os critérios do DSM-III, DSM-III-R e o DSM-IV, sendo que a prevalência encontrada foi de 9,6%, 10,9% e 17,8%, respectivamente. Guardioli et al²⁶ investigaram a prevalência do distúrbio em 484 estudantes de primeiro grau em Porto Alegre (RS), utilizando os critérios do DSM-IV e neuropsicológicos. Neste estudo, a prevalên-

cia foi de 18%, considerando-se os critérios do DSM-IV, e 3,5%, considerando-se os critérios neuropsicológicos. Vasconcelos et al,²⁷ avaliando crianças com idades entre 6 e 15 anos, de uma escola estadual do Rio de Janeiro, encontraram prevalência de 17,1% através do questionário derivado do DSM-IV. Na Espanha, Benjumea-Pinto e Mojarro-Praxedes²⁸ estudaram 868 sujeitos com idades entre 6 e 15 anos através da aplicação da Escala de Conners para pais e professores, o questionário do DSM-III-R e uma entrevista semi-estruturada do PACS. A prevalência do transtorno foi de 6% através da confirmação dos instrumentos utilizados.

Em relação ao sexo, estudos mostram o predomínio do transtorno em meninos,^{7,18,29-30} independente do método de levantamento ou do instrumento diagnóstico, sendo que esta proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais e 9:1 em estudos clínicos.¹⁸ Tem-se sugerido que a diferença da proporção entre meninos e meninas, encontrada em estudos populacionais e clínicos, provavelmente se deve ao fato de as meninas apresentarem menos sintomas de conduta em comorbidade, causando menos incômodo às famílias e à escola, fazendo com que elas sejam menos encaminhadas a tratamento.²⁵ Tais afirmações vão ao encontro dos nossos resultados. Montiel-Nava et al³¹ avaliaram 1.141 alunos, com idades entre 6 e 12 anos, das escolas municipais da Venezuela, utilizando-se a Escala de Conners revisada para pais e professores e encontraram prevalência de 7,19% na população total, sendo que a incidência foi maior no sexo feminino (8,26%) em comparação com o sexo masculino (6,20%), demonstrando uma discordância com a literatura especializada.

A maioria das crianças investigadas neste estudo apresentou os sintomas do TDAH com todos os subtipos relacionados a este distúrbio, sendo que alguns estudantes apresentaram a predominância de um ou outro padrão. O DSM-IV⁶ subdivide o TDAH em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; e o tipo combinado. Sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade são mais freqüentes do que sintomas de desatenção em pré-escolares com TDAH;¹⁵ entretanto, em nosso estudo, a freqüência dos sintomas de desatenção teve maior prevalência do que os sintomas de hiperatividade/impulsividade. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais freqüente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico,¹⁵ corroborando os nos-

Tabela 5 – Características da amostra quanto aos sintomas do TDAH em relação ao sexo

Características	Frequência Masculina	% Masculino	Frequência Feminina	% Feminina	p
Global	73	7,29	22	2,45	0,6945*
Déficit de Atenção	3	0,29	3	0,33	
Transtorno de Conduta	5	0,49	0	0	
Hiperatividade	2	0,19	0	0	
Hiperatividade + Déficit de Atenção	6	0,59	1	0,1	
TOTAL	89	8,89	26	2,89	

*Valor estatisticamente não significativo

soos resultados, embora a diferença tenha sido mínima. O sexo masculino demonstra mais comumente transtorno do déficit de atenção com hiperatividade do que o feminino, embora a prevalência de déficits de atenção sem hiperatividade tenha uma distribuição igual por ambos os sexos,²⁹ o que vai ao encontro do nosso estudo. Autores como Barkley³² questionam se o tipo com predomínio de desatenção (sem hiperatividade) realmente representa um subtipo de TDAH. No estudo de Byrne et al³³ com pré-escolares, 68% apresentaram TDAH do tipo hiperativo/impulsivo, 28% do tipo combinado e 4% com predomínio de desatenção, através dos critérios do DSM-IV. Já na amostra de Montiel-Nava et al,³¹ utilizando a Escala de Conners com estudantes com idades entre 6 e 12 anos na Venezuela, a prevalência foi de 5,7% com DA do tipo combinado, 1,14% com predomínio de déficit de atenção e somente 0,35% com predomínio hiperativo/impulsivo.

Além do comprometimento associado aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, crianças portadoras de TDAH com significativa frequência podem apresentar comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, o que aumenta potencialmente o seu comprometimento funcional.³⁴ Souza et al³⁴ investigaram a comorbidade mais comum em crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos com TDAH utilizando os critérios do DSM-IV e P-CHIPS. Neste estudo, das 28 crianças com TDAH, 85,7% apresentaram a ocorrência de transtornos comórbidos, sendo o transtorno opositivo desafiador (20,6%) e o transtorno de conduta (39,2%) os mais comuns. Barkley³² sugere taxas de 20 a 56% de transtorno de conduta em crianças com TDAH e, de acordo com Korn,³⁵ esse transtorno é mais freqüente no sexo masculino, concordando com os nossos resultados.

É importante salientar que a incidência do TDAH varia em função da amostra (geral ou clínica), do instrumento utilizado e de quem forneceu as informações. O DSM-IV⁶ define que as manifestações do transtorno devem ocorrer em mais de dois ambientes distintos e persistir por pelo menos seis meses. Como este é um estudo de prevalência dos sintomas do transtorno, optamos por utilizar a Escala de Farré e Narbona,⁷ que é um instrumento recente e não publicado no Brasil. Esta escala é destinada ao professor da criança, sendo esta informação valiosa pela possibilidade do professor de comparar o sujeito de estudo com o resto do grupo e avaliar a sua conduta com maior objetividade.⁷ Muitos protocolos para diagnosticar portadores desse transtorno são utilizados, incluindo o Questionário de Gilberg,³⁶ a Escala de Conners,³⁷ a de Goyette, Conners e Ulrich,³⁸ a escala de Conners validada na população brasileira³⁹ e os questionários derivados do DSM-III,⁵ DSM-III-R⁴ e do DSM-IV.⁶ Existem outras avaliações complementares, incluindo avaliação neurológica e testagem psicológica. Dentro dos critérios neuropsicológicos, o exame neurológico evolutivo (ENE) avalia o desenvolvimento neurológico da criança de 3 a 7 anos de idade.⁴⁰ Mencionamos os instrumentos mais difundidos, ainda que existam outras escalas que servem de referência diagnóstica para os pesquisadores do TDAH que não foram aqui enumeradas.

Conclusão

Os resultados encontrados no presente estudo foram similares aos de outros trabalhos realizados em diferentes países, sendo que as diferenças encontradas possam ser devidas, principalmente, aos instrumentos utilizados. Em relação à escala usada neste estudo, Farré e Narbona⁷ afirmam que este não deve ser um

único instrumento de avaliação, sendo que pode ser usado em uma primeira fase que permita ao avaliador elaborar hipóteses diagnósticas ou em uma fase mais avançada do diagnóstico.

Financiamento: PROBIC e CEFID/UEDESC nr. 055/2001.

Recebido em 23.05.2003

Aceito em 29.10.2003

Referências

1. Pasamanick B, Knobloch H. Retrospective studies on the epidemiology of the reproductive casualty: old and new. *Merril-Palmer Q Behav Dev.* 1966;12:7-26.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1968.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R.* 3rd ed rev. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1987.
5. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
7. Farré A, Narbona J. *EDAH: Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.* Madrid: TEA Ediciones; 2001.
8. Amaral AH, Guerreiro MM. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(4):884-8.
9. Barbosa G, Barbosa AAG. Síndrome hipercinética: sintomas e diagnóstico. *Pediatr Mod.* 2000;36(8):544-548-546-550.
10. Ucles P, Serrano JL, Rosa F. Central conduction time of magnetic brain stimulation in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol.* 2000;15(11):723-8.
11. Rosa Neto F. *Valoración del desarrollo motor y su correlación con los trastornos del aprendizaje [tese].* España: Universidad de Zaragoza; 1996.
12. Artigas-Pallarés J. Comorbidad en el trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2003;36(Suppl 1):S68-78.
13. Sell-Salazar F. Síndrome de hiperactividad y deficit de atencion. *Rev Neurol.* 2003;37(4):353-8.
14. Miyazaki MCOS, Silveiras EFM. Diagnóstico e intervenção clínica comportamental infantil: uma breve revisão. *Estud Psicol (Natal).* 1997;14(1):15-28.
15. Rohde LA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl 2):S117-11.
16. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Guite J, Warburton R. Associations between childhood asthma and ADHD: issues of psychiatric comorbidity and familiarity. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry.* 1994;33(6):842-8.
17. Custodio MC. Hiperatividade por déficit de atenção e a importância da Neuropsicologia na educação. *Virtus - Rev Cient Psicopedag.* 2002;Unisul(2):137-59.
18. Rohde LA, Busnello ED, Chachamovich E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzner CR. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1998;20:166-78.
19. Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por deficit de atencion con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol.* 1997;25(138):200-4.
20. Poeta LS, Costa CG, Bona ED, Rosa Neto F. Estudo epidemiológico em escolares com Transtornos por Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em Florianópolis. In: XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria: O

- encontro terapêutico na psiquiatria; 2002 out 16-19; Florianópolis. Santa Catarina: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2002. p. 480.
21. Dirección Geral de Salud Pública y Participación. *Epi Info versión 6 en español: epidemiología con microordenadores*. Sevilla: Junta de Andalucía; 1996.
22. Taylor EO. *The overactive child*. Spastics International Medical Publications. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1986.
23. Barkley RA. *Attention deficit-hyperactivity disorder: A Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press; 1990.
24. Farré A, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatric Española*. 1989;47(2):103-9.
25. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(5):629-38.
26. Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2B):401-7.
27. Vasconcelos MM, Werner Junior J, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos ISO, Barbosa JB. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(1):67-73.
28. Benjumea-Pinto P, Mojarro-Praxedes MA. Trastornos hipercinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatr*. 1993;9(4):306-11.
29. Szatmari P, Boyle M, Offord DR. ADHD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(6):865-72.
30. Taylor E. *El niño hiperactivo*. 5ª ed. Madrid: EDAF; 2000.
31. Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ. Estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños marabinos. *Rev Neurol*. 2002;35(11):1019-24.
32. Barkley R. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment*. 2ª ed. New York: Guilford; 1998.
33. Byrne JM, Bawden HN, Beattie TL, DeWolfe NA. Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM IV symptom endorsement pattern. *J Child Neurol*. 2000;15(8):533-8.
34. Souza I, Serra MA, Mattos P, Franco VA. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001;59(2-B):401-6.
35. Korn M. TDAH e comorbidade. *NeuroPsicoNews (Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas – SBIPM)*. 2002;44:11-5.
36. Gillberg C, Rasmussen P, Carlstrom G, Svenson B, Waldenstrom E. Perceptual, motor, and attentional deficits in six-year old children. Epidemiological aspects. *J Child Psychol Psychiatry*. 1982;23(2):131-44.
37. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*. 1969;126(6):884-8.
38. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data in revised. *Conners Parent and Teacher Rating Scales*. *J Abnorm Child Psychol*. 1978;6(2):221-36.
39. Barbosa GA, Dias MR, Gaião AA. Validación factorial de los índices de hiperactividad del cuestionário de Conners en escolares de João Pessoa – Brasil. *Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*. 1997;5(3):118-25.
40. Lefevre AB. *Exame neurológico evolutivo do pré-escolar normal*. São Paulo: Sarvier; 1972.

Correspondência

Lisiane Schilling Poeta
Laboratório de Desenvolvimento Humano – LADEHU Coqueiros
Rua Pascoal Simone, 358
88080-350 Florianópolis, SC, Brasil
E-mails: lisipoeta@bol.com.br / d2frn@pobox.udesc.br
