

PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE NUMA ESCOLA PÚBLICA PRIMÁRIA

Marcio M. Vasconcelos¹, Jairo Werner Jr.², Ana Flávia de Araújo Malheiros³, Daniel Fampa Negreiros Lima³, Ítalo Souza Oliveira Santos³, Jane Bardawil Barbosa³

RESUMO - Objetivo: Definir a prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) numa amostra de crianças escolares de uma única escola primária pública. **Método:** A população do estudo foi composta por todos os alunos das classes de alfabetização à quarta série de uma escola. No primeiro estágio da pesquisa, as professoras e os pais preencheram um questionário padronizado de 18 sintomas definidos no DSM-IV. No segundo estágio, os alunos com triagem positiva foram convidados para um atendimento na escola. Após assinatura de consentimento esclarecido, preencheram-se o questionário de sintomas do DSM-IV, uma anamnese dirigida e um questionário psicossocial concebido para a pesquisa e realizaram-se exames físico e neurológico completos. O diagnóstico de TDAH admitia três subtipos: hiperativo predominante (H), desatento predominante (TDA), ou misto (TDA+ H). **Resultados:** De 403 alunos avaliados no início, 108 tiveram triagem positiva. Destes, avaliaram-se 101 alunos. Havia 68 meninos e 33 meninas. A idade mediana foi 9 anos (faixa, 6-15 anos; desvio padrão, 1,99). O diagnóstico de TDAH foi definido em 69 alunos (17,1%), incluindo 27 crianças (39,1%) com TDA sem H, 26 crianças (37,7%) com TDA + H e 16 (23,2%) com H sem TDA. Dentre as crianças diagnosticadas, 45 (65,2%) eram meninos e 24 (34,8%) meninas (razão 1,9:1). **Conclusão:** A prevalência de TDAH em 403 crianças escolares de uma escola primária pública foi 17,1%.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, criança, prevalência.

Attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school

ABSTRACT - Objective: To define the prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in a sample school-aged children from a public elementary school. **Method:** The study population was composed of all pupils who attended the first five grades at a public state school. During the first stage, school teachers and parents filled a standardized questionnaire of 18 ADHD symptoms defined at DSM-IV. In the second stage, children who screened positive and their parents were invited for a medical visit at school. After signature of an informed consent, the following procedures were done: DSM-IV symptoms questionnaire, oriented history, physical exam and neurologic exam. ADHD diagnosis was subdivided into three types: predominantly hyperactive (H), predominantly inattentive (ADD), and mixed type ADD + H. **Results:** Among 403 pupils recruited in the first stage, 108 screened positive. Of these, 101 were assessed. There were 68 boys and 33 girls. Median age was 9 years (Range, 6-15 years; standard deviation, 1.99). ADHD diagnosis was defined for 69 pupils (17.1%), including 27 children (39.1%) with ADD, 26 children (37.7%) with ADD + H, and 16 children (23.2%) with H without ADD. Among children who received a diagnosis of ADHD, 45 (65.2%) were boys and 24 (34.8%) were girls (ratio 1.9:1). **Conclusion:** ADHD prevalence in a sample of 403 school-aged children from a public elementary school was 17.1%.

KEY WORDS: attention deficit disorder, hyperactivity, child, prevalence.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância¹. A apresentação clínica do TDAH compreende três categorias principais de sintomas

— desatenção, impulsividade e hiperatividade — que se manifestam em ambientes diferentes e causam comprometimento funcional². Sabe-se também que o TDAH começa no início da vida e pode persistir na

Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói RJ, Brasil: ¹Professor Assistente de Pediatria, HUAP-UFF. ex-Fellow em Neurologia Infantil no *Children's Hospital, George Washington University, Washington, DC, USA*; ²Professor Adjunto de Neuropsiquiatria Infantil, HUAP-UFF; ³Internos da Faculdade de Medicina, HUAP-UFF.

Recebido 6 Junho 2002, recebido na forma final 30 Agosto 2002. Aceito 13 Setembro 2002.

Dr. Marcio M. Vasconcelos - Avenida das Américas 700 sala 229 bloco 6 - 22640-100 Rio de Janeiro RJ - Brasil.
E-mail: mmvascon@centroin.com.br.

adolescência e idade adulta³. A prevalência citada em diferentes estudos variou de acordo com a faixa etária da amostra e os critérios usados. A prevalência tradicionalmente mencionada é de 3 a 5% das crianças escolares⁴. Porém, é evidente que os estudos mais recentes encontraram prevalência mais alta, e os estudos epidemiológicos mais rigorosos definiram taxas de 4 a 12% da população geral de crianças de 6 a 12 anos de idade⁵. Os estudos epidemiológicos analisaram populações pediátricas em comunidades ou em escolas, com taxas geralmente mais altas nas últimas. Por exemplo, Newcorn et al.⁶ estudaram crianças de uma única escola primária de um bairro pobre urbano e encontraram uma prevalência de 26%. O impacto do TDAH na comunidade é ainda maior quando se considera que este transtorno acarreta morbidade continuada na adolescência (85% das crianças) e na idade adulta (50 a 70%)⁷.

Segundo a nomenclatura atual, em vigor desde 1994, com a publicação da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM-IV)⁸, o TDAH compreende três subtipos: hiperativo-impulsivo predominante, desatento predominante e misto. Seja qual for a população estudada, o TDAH é diagnosticado com maior frequência em meninos que em meninas. As amostras clínicas descrevem razões entre os sexos masculino e feminino (M:F) de até 9 para 1⁹. Porém, a maioria dos estudos encontrou razão M:F de 4:1 para o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, e 2:1 para o tipo predominantemente desatento¹⁰.

Este estudo tem por objetivo estabelecer a prevalência de TDAH numa amostra de crianças escolares, um tema raramente relatado por autores nacionais. A este respeito, Guardiola¹¹ realizou um estudo pioneiro no município de Porto Alegre, no qual verificou-se uma prevalência de 18% de TDAH segundo os critérios do DSM-III-R. Mais recentemente, Rohde et al.¹² encontraram prevalência de 5,8% (intervalo de confiança de 95% = 3,2-10,6%) numa amostra de 1013 adolescentes de 12 a 14 anos de idade representativos da população de adolescentes em Porto Alegre.

MÉTODO

Além do objetivo de definir a prevalência de TDAH numa amostra de crianças escolares, relatada neste estudo, a presente pesquisa teve o objetivo precípua de aferir a correlação de um grupo de fatores psicossociais com o diagnóstico de TDAH. Assim, os autores optaram por estudar uma amostra socialmente homogênea de uma única escola pública. Os autores obtiveram a aprovação da pesquisa pela diretora e professoras do ensino fundamental do Colé-

gio Estadual José Bonifácio (CEJB), em Niterói-RJ. O CEJB atende predominantemente a alunos da classe socioeconômica baixa. Sua população global de 1127 alunos (no segundo semestre de 1999), distribuídos em turmas do ensino fundamental (primeiro grau) e apenas uma turma de ensino médio (segundo grau), que provêm das comunidades carentes vizinhas, quais sejam, o Aterrado de São Lourenço (conhecido como Favela do Sabão), Morro da Boa Vista, Comunidade Juca Branco e Morro do Holofote.

Amostra. A amostra do estudo foi composta por todos os alunos das classes da alfabetização à quarta série, distribuídos por 21 turmas. As professoras do CEJB preencheram questionário de sintomas de TDAH (DSM-IV) para cada aluno de todas as turmas das cinco séries, isto é, um total de 572 alunos. Em seguida, convidaram um dos pais ou um responsável para visitarem a escola e preencherem a segunda cópia do questionário. Foi possível obter o preenchimento do questionário pelos pais ou responsáveis de 403 alunos. Portanto, a triagem inicial foi concluída para 403 alunos (70,5%) de cinco séries do CEJB, que tiveram o questionário de sintomas preenchidos pela professora e por um responsável. Cento e oito alunos alcançaram a pontuação mínima que satisfaz este critério para o diagnóstico de TDAH, mas apenas 101 (93,5%) compareceram e concluíram o atendimento da pesquisa. Todos os pais ou responsáveis que compareceram à escola aceitaram participar da pesquisa e assinaram o consentimento esclarecido. Os 7 alunos que não concluíram o atendimento (6 que jamais compareceram e um que compareceu mas abandonou o atendimento no início) foram excluídos da análise estatística.

Diagnóstico de TDAH. A pesquisa do diagnóstico consistiu inicialmente na avaliação dos 18 sintomas de TDAH estabelecidos do DSM-IV, os quais consistem em nove quesitos para desatenção e nove quesitos para hiperatividade/impulsividade. A presença de pelo menos seis de nove quesitos positivos sugere a presença de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade. Os 18 quesitos foram apresentados na forma de pergunta aos pais e à professora, com quatro respostas possíveis: "nunca", "pouco", "bastante" e "demais". Um determinado quesito foi definido como positivo quando a resposta escolhida foi "bastante" ou "demais". Uma resposta "nunca" ou "pouco" para um dado quesito significou ausência daquela manifestação de TDAH. Além da pontuação mínima no questionário de sintomas do DSM-IV, o diagnóstico clínico de TDAH exige a satisfação de quatro critérios adicionais, a saber, a presença de alguns sintomas pertinentes antes de 7 anos de idade; o comprometimento resultante dos sintomas deve estar presente em dois ou mais ambientes distintos; deve haver evidências claras de comprometimento clinicamente significativo da função social, acadêmica ou ocupacional; e os sintomas não são mais bem explicados por outra afecção, tal como transtorno global do desenvolvimento ou transtorno do humor (DSM-IV)². A satisfa-

ção desses quatro critérios foi definida através da anamnese estruturada e do questionário psicossocial concebido para a pesquisa. Os 38 alunos (101 menos 69) que tiveram a triagem inicial positiva mas não satisfizeram todos os critérios de diagnóstico de TDAH durante o atendimento receberam o rótulo de “alunos indeterminados”.

Atendimento. Os pais ou responsáveis de cada um dos 108 alunos que tiveram a triagem positiva para os sintomas de TDAH receberam convite por escrito para participarem da pesquisa, entregue a eles pela professora da criança. Os que não compareceram à data inicial de atendimento receberam convites adicionais por escrito. Os dados foram coletados sempre na presença de um dos pais ou do responsável e da criança. O período de coleta de dados estendeu-se de agosto de 1999 a fevereiro de 2000. A duração média de cada atendimento foi de aproximadamente 35 minutos. Quando o genitor ou responsável entrava na sala da pesquisa com a criança, inicialmente explicavam-se os objetivos e alcance da pesquisa através da leitura do formulário de consentimento esclarecido. Todos os pais ou responsáveis que compareceram à escola aceitaram participar da pesquisa e assinaram o consentimento, porém a mãe de uma única criança precisou se ausentar no início da coleta de dados e não retornou mais para preencher os formulários. Esta criança foi excluída da pesquisa. Assim, foi possível analisar 101 dos 108 alunos. Durante o atendimento, o genitor ou responsável respondia diretamente às 18 perguntas do questionário de sintomas de TDAH formuladas pelo pesquisador. Em seguida, obtinha-se uma anamnese dirigida para os sintomas e a repercussão clínica do TDAH, preenchia-se um questionário psicossocial concebido para a pesquisa e realizavam-se exames físico e neurológico completos da criança.

RESULTADOS

As 101 crianças recrutadas para este estudo frequentavam o CEJB da classe de alfabetização à quarta

série, e pertenciam a 21 turmas diferentes. A série com maior representação foi a de alfabetização, com 29 crianças (28,7%), enquanto a primeira à quarta séries continham, respectivamente, 23, 16, 17 e 16 alunos. A faixa etária das crianças foi de 6 a 15 anos de idade (média, 9,4 anos; mediana, 9 anos; desvio padrão, 1,99 ano; erro padrão da média, 0,20 ano). A Figura 1 mostra a distribuição etária dos 101 alunos estudados. A renda média familiar foi de R\$ 480,10, e 88,4% das crianças pertenciam a famílias com renda mensal inferior a 3 salários mínimos.

Triagem médica. Durante o atendimento padronizado das 101 crianças recrutadas para a pesquisa, detectaram-se anormalidades que levaram aos seguintes diagnósticos médicos: asma brônquica (5 crianças), deficiência visual (3), distúrbio do sono (3), furunculose (2), distúrbio de ansiedade (2), febre reumática (1), epilepsia parcial complexa (1), surdez moderada-grave (1) e pediculose (1). No total, a triagem médica foi positiva em 19 (18,8%) de 101 crianças. As crianças diagnosticadas foram encaminhadas aos ambulatórios do HUAP.

Prevalência e subtipos de TDAH. A triagem inicial realizada pelas professoras, que utilizou o questionário de sintomas de TDAH, foi positiva para 108 de 403 alunos (26,8%). Ao fim da análise sistemática de 101 dos 108 alunos com triagem positiva, 69 crianças tiveram o diagnóstico de TDAH confirmado. Tendo como base o tamanho de 403 alunos da amostra inicial, encontra-se uma taxa de prevalência de TDAH de 17,1%. A subclassificação dos casos diagnosticados segundo os subgrupos estabelecidos no DSM-IV mostra que o subgrupo mais frequente nes-

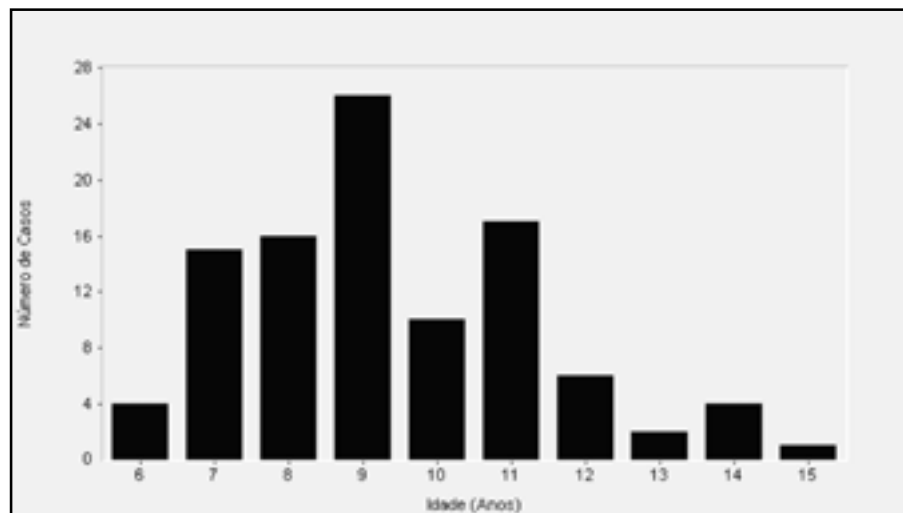


Fig 1. Distribuição etária dos alunos (n = 101).

ta amostra foi o déficit de atenção (TDA) sem hiperatividade (H) (27 alunos, 39,1%), seguido pelo subgrupo de desatenção e hiperatividade associadas (26 alunos, 37,7%) e por fim o subgrupo com hiperatividade predominante (16 alunos, 23,2%).

Embora a amostra inicial de 403 alunos mostrasse uma distribuição praticamente igual entre os dois sexos (meninos 53,6%, meninas 46,4%), dentre os 69 casos diagnosticados o sexo masculino predominou (65,2%). Esta diferença, contudo, não foi estatisticamente significativa ($p = 0,71$). Na comparação da distribuição sexual entre os três subgrupos de TDAH, observa-se que o sexo masculino foi sempre mais frequente, porém a desproporção é mais alta no grupo H (razão M:F de 3:1), intermediária no grupo TDA + H (razão M:F de 2,25:1) e mais baixa no grupo TDA (razão M:F de 1,25:1). Dentre as 24 meninas diagnosticadas com TDAH, o subgrupo mais prevalente foi aquele com déficit de atenção e sem hiperatividade (TDA), enquanto entre os 45 meninos diagnosticados o subgrupo misto (TDAH) foi o mais comum. Ou seja, os sintomas de hiperatividade/impulsividade estiveram presentes em 50% das meninas diagnosticadas (12/24), mas 66,7% (30/45) dos meninos os manifestaram. Porém, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,18$).

DISCUSSÃO

A partir de uma amostra de 403 alunos (70,5% do total de 572 alunos das primeiras cinco séries escolares), a aplicação isolada do questionário de sintomas de TDAH detectou achados positivos em 108 alunos (26,8%). Uma avaliação estruturada — incluindo a pesquisa dos cinco critérios de diagnóstico de TDAH definidos no DSM-IV — confirmou o diagnóstico em 69 (68,3%) de 101 alunos analisados, ou seja, a prevalência encontrada na pesquisa foi de 17,1% (69 casos na amostra de 403 alunos).

Uma comparação das taxas de prevalência de TDAH citadas em diferentes estudos (Tabela 1) mostra ampla variação. Por exemplo, o estudo realizado por Landgren et al.¹³ de 589 crianças com 6 anos de idade encontrou prevalência de apenas 2%, enquanto o estudo de Wolraich, et al.¹⁴ detectou prevalência de 16,1% baseada no questionário de sintomas.

O presente estudo encerra a importante limitação de ter analisado alunos de uma única escola, o que dificulta a generalização dos achados para o universo das crianças escolares. Newcorn et al.⁶ também estudaram uma amostra de crianças de uma escola primária pública de uma zona urbana carente e observaram prevalência de 26%. Não obstante,

a análise de uma amostra socialmente homogênea de uma dada escola pode ajudar a definir a variação do risco de TDAH segundo características socioeconômicas de cada população. As altas taxas observadas no presente estudo (17,1%) e no estudo de Newcorn et al.⁶ (26%) fortalecem a noção de que determinados fatores psicossociais (p. ex., baixa renda) estão associados ao diagnóstico de TDAH¹⁵.

Embora o diagnóstico dependa da pontuação obtida no questionário de sintomas de TDAH, a satisfação apenas deste critério é insuficiente para o diagnóstico. Um estudo que demonstrou o risco de se utilizar apenas o questionário de sintomas é aquele de Wolraich, et al.¹⁴. Este autores estudaram amostra de 4323 alunos de 5 a 12 anos de idade; a análise isolada do questionário de sintomas preenchido por professores de escolas primárias demonstrou prevalência de 16,1% de TDAH. Porém, com a inclusão dos demais critérios de diagnóstico do DSM-IV, a prevalência caiu para 6,8%. Em suma, as informações obtidas através do questionário de sintomas devem ser complementadas com uma história clínica completa, incluindo a idade de início e duração dos sintomas, e uma anamnese cuidadosa, que inclua uma avaliação das consequências funcionais do comportamento da criança⁵.

Szatmari, et al.¹⁶ analisaram amostra de 2687 indivíduos de 4 a 16 anos de idade na zona rural do Canadá e encontraram taxa de prevalência de TDAH de 9,0% em meninos e 3,3% em meninas.

A prevalência de 17,1% está acima da faixa (4 a 12%) descrita recentemente na revisão por Brown et al.⁵. Porém, estes valores foram descritos para estudos populacionais, enquanto os estudos dedicados a amostras em escolas tenderam a encontrar taxas de prevalência mais altas (Tabela 1). Por exemplo Baumgaertel et al.¹⁷ descreveram uma prevalência de 17,8%, e a taxa observada por Newcorn et al.⁶ foi 26%. Estes últimos autores avaliaram 72 crianças matriculadas numa única escola pública de uma zona urbana carente e basearam o diagnóstico nos critérios do DSM-III-R. De certo, o pequeno tamanho da amostra deste estudo compromete os seus resultados, ao passo que o estudo de Baumgaertel et al.¹⁷ abrangeu amostra de 1077 alunos.

Scahill e Schwab-Stonne⁹ afirmaram que a idade da população estudada pode exercer uma influência importante na prevalência de TDAH, pois a idade mais frequente de diagnóstico seria aos 7-8 anos e depois haveria um declínio crescente da prevalência com a idade. Eles salientaram as dificuldades de se compararem taxas de prevalência de estudos dife-

Tabela 1. Taxa de prevalência de TDAH em diferentes estudos.

Autor e Ano	Nº de sujeitos	Faixa etária (anos)	Origem da amostra	Crítérios de diagnóstico	Prevalência (%)
I. Entrevista direta da criança e dos pais					
Sheim et al., 1985	114	9	Escola pública	DSM-III	12,3
Anderson et al., 1987	792	11	Coorte ao nascimento	DSM-III	6,7
Bird et al., 1988	777	4-16	Comunidade	DSM-III	9,5
Szatmari et al., 1989	2687	4-16	Comunidade	DSM-III	6,3
Fergusson et al., 1993	986	15	Coorte ao nascimento	DSM-III	4,8
Cohen et al., 1993	541	10-13	Comunidade	DSM-III-R	12,9
Gomez-Beneyto, 1994	400	8	Comunidade	DSM-III-R	14,4
Jensen et al., 1995	294	6-17	Guarnição militar	DSM-III-R	11,9
Costello et al., 1996	4067	9-13	Comunidade	DSM-III-R	1,9
Landgren et al., 1996	589	6	Coorte ao nascimento	DSM-III-R	2
Shaffer et al., 1996	1285	9-17	Comunidade	DSM-III-R	4,1
Verhulst et al., 1997	780	13-18	Comunidade	DSM-III-R	2,6
Breton et al., 1999	2499	6-14	Comunidade	DSM-III-R	4
II. Entrevista da professora					
Holborow et al., 1984	1908	5-13	Escolas públicas	Escore de sintomas	5,6
Pelham et al., 1992	931	5-14	Amostra nacional	DSM-III-R	6,5
Wang et al., 1993	4290	5-13	Escolas públicas	Escore de sintomas	9,9
Baumgaertel et al., 1995	1077	5-12	Escolas públicas	DSM-III-R	10,9
				DSM-IV	17,8
Wolraich et al., 1996	8258	5-12	Escolas públicas	DSM-III-R	7,3
				DSM-IV	11,4
Wolraich et al., 1998	4323	5-12	Escolas públicas	DSM-IV	16,1
				DSM-IV + comprometimento da função	6,8

Adaptado de Scahill e Schwab-Stonne⁹; reproduzido com permissão.

rentes, tendo em vista a ausência de um exame de diagnóstico definitivo para o TDAH. Argumentaram que os seguintes fatores também influenciam a prevalência observada: a definição de TDAH; a qualidade do informante; a consideração de comprometimento da função além da pontuação no questionário de sintomas; e os métodos de coleta dos dados. Além do mais, os estudos epidemiológicos anteriores a 1994 utilizaram os critérios de diagnóstico do DSM-III ou DSM-III-R, os quais tendiam a fornecer taxas de prevalência mais altas⁵.

Scahill et al.¹⁵ partiram de amostra de 449 crianças (idade média de 9,2 anos) numa comunidade e, através de múltiplos estágios de análise, definiram o diagnóstico de TDAH em 89 crianças (19,8%). A partir da noção de que a distribuição dos sintomas de TDAH na população infantil é contínua em vez de categórica, também definiram um grupo de 100 crianças (22,3%), as quais receberam o rótulo de TDAH subliminar, ou seja, elas apresentaram alguns sintomas de TDAH, mas não em número ou intensidade suficiente para definir o diagnóstico (grupo de

TDAH subclínico ou latente). Assim, esses autores enfatizaram a importância da escolha do limiar diagnóstico em epidemiologia psiquiátrica. Um dado limiar estabelecido exclui o diagnóstico em crianças que estão muito próximas mas aquém do limiar; por isso, os autores definiram um grupo intermediário entre sujeitos afetados e não-afetados com a finalidade de aprimorar a análise da influência dos fatores de risco no desfecho de TDAH.

As questões de qual intensidade dos sintomas comportamentais deve ser suficiente (limiar) para estabelecer o diagnóstico e qual instrumento deve ser utilizado para medi-la (no caso do TDAH, o questionário de sintomas) foram sublinhadas pelos críticos dos princípios do diagnóstico e tratamento do TDAH¹⁸⁻²⁰. Porém, no uso clínico de qualquer exame complementar em medicina, o processo de diagnóstico depende da definição "arbitrária" de limiar que implicará em determinadas sensibilidade e especificidade daquele instrumento²¹. Assim, um limiar muito alto (sensibilidade baixa, especificidade alta) acarretaria uma taxa baixa de falso-positivos, mas uma alta taxa de falso-negativos, e vice-versa. Como em toda a neuropsiquiatria não existe um padrão-ouro que permita esclarecer o diagnóstico "com certeza", clínicos e pesquisadores devem contemporizar com os limites inerentes de seus recursos diagnósticos. Conclui-se que as dificuldades resultantes da ausência de um padrão-ouro não devem servir para invalidar determinado diagnóstico.

Outra crítica frequente ao uso do questionário de sintomas no diagnóstico de TDAH é a subjetividade das respostas ao questionário¹⁹. Conners³ salientou que a escala de classificação dos sintomas de TDAH por ele concebida foi padronizada e validada com base na resposta de 11000 crianças, adolescentes e adultos. Segundo aquele autor, uma vantagem das escalas de classificação estaria justamente no fato de que "os itens incluídos na escala podem utilizar uma grande base de dados normativos [subjacentes] na mente do observador".

No Brasil, as pesquisas sobre a prevalência de TDAH em crianças e adolescentes são escassas. O estudo de Guardiola¹¹ foi pioneiro ao analisar uma amostra de 484 crianças da primeira série do ensino fundamental em Porto Alegre. Ela descreveu duas taxas de prevalência: 18% quando os critérios adotados foram os do DSM-III-R, e 3,5% quando se utilizaram critérios mais globais, incluindo avaliações comportamental e psicométrica e o exame neurológico evolutivo. A julgar pelo volume de estudos que descreveram taxas de prevalência mais altas em

amostras similares, é possível que a autora tenha empregado limiar alto demais para obter a segunda taxa. Rohde et al.¹² encontraram taxa de prevalência de 5,8% após escrupulosa avaliação clínica e comportamental de amostra representativa de adolescentes de 12 a 14 anos. Os autores utilizaram o questionário de 18 sintomas descrito no DSM-IV. Como os critérios para diagnóstico de TDAH formais foram concebidos para crianças pequenas, e não foram ajustadas para adolescentes e adultos⁴, é possível que esta taxa subestime a dimensão do TDAH na adolescência.

É preciso enfatizar algumas limitações deste estudo. Algumas crianças incluídas na categoria "alunos indeterminados" talvez recebessem o diagnóstico de TDAH numa análise mais detalhada do seu quadro clínico. Reconheceu-se essa possibilidade, mas foi necessário limitar-se aos métodos estabelecidos na pesquisa. Esse possível erro de classificação provavelmente não invalidaria a taxa de prevalência encontrada. Ademais, uma palavra de cautela é oportuna a respeito da generalização dos achados da pesquisa, uma vez que o estudo utilizou amostra de crianças escolares matriculadas numa única escola pública. Convém ressaltar que o número de sujeitos analisados foi relativamente pequeno (n = 403), o que reduz a potência estatística do estudo, e a população do estudo pertencia à classe socioeconômica mais desfavorecida, o que reduz a validade externa dos resultados para as crianças escolares de todas as classes socioeconômicas.

Agradecimento - Os autores desejam agradecer à Prof^a. Helena Maria Sardenberg Bastos, pela colaboração inestimável na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Homer CJ, Baltz RD, Hickson GB, et al. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-1170.
2. Mercugliano M. O que é distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade? In Morgan AM (org.). *Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade. Clínicas Pediátricas da América do Norte* 1999;46:835-847.
3. Conners CK. Uso clínico das escalas de classificação no diagnóstico e tratamento do distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade. In Morgan AM (org.). *Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade. Clínicas Pediátricas da América do Norte* 1999;46:861-875.
4. Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). NIH Consensus Statement, 1998;16:1-37
5. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001;107:e43.
6. Newcorn JH, Halperin JM, Schwartz S, et al. Parent and teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: implications for case identification. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:86-91.
7. Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. In Stubbe D (org.). *Attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2000;9:481-498.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

9. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. In Stubbe D (org.). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2000;9:541-555.
10. Zimetkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999;340:40-46.
11. Guardioli A. Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: um estudo de prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre. Tese Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.
12. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:716-722.
13. Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, et al. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. Dev Med Child Neurol 1996;38:891-906.
14. Wolraich M, Hannah J, Baumgaertel A. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county: wide sample. J Dev Behav Pediatr 1998;19:162-168.
15. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, et al. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:976-984.
16. Szatmary P, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. J Child Psychol Psychiatry 1989;30:219-230.
17. Baumgaertel A, Wolraich M, Deitrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:629-638.
18. McGuinness D. Attention deficit disorder: the emperor's clothes, animal "pharm", and other fiction. In Fisher S, Greenberg R (eds). The limits of biological treatments for psychological distress: comparisons with psychotherapy and placebo. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1989:151-187.
19. Breggin PR, Breggin GR. The war against children: how the drugs, programs, and theories of the psychiatric establishment are threatening America's children with a medical "cure" for violence. New York: St. Martin's Press, 1994.
20. Carey W, Diller L. Concerns about ritalin (Letter). J Pediatr 2001;139:338-339.
21. Schmidt MI, Duncan BB. O método epidemiológico na conduta e na pesquisa clínica. In Rouquayrol MZ. Epidemiologia & saúde. 4.Ed. Rio de Janeiro: Medsi 1994:185-207.