

PERFIL MOTOR DE ESCOLARES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE DO SUBTIPO PREDOMINANTEMENTE DESATENTO

Simeia Gaspar Palácio

Docente do Curso de Fisioterapia da UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, PR, Brasil; Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina, PR, Brasil; E-mail: simeia.vieira@yahoo.com

Aline Vasconcellos

Fisioterapeuta graduada pela UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, PR, Brasil; Ex-colaboradora no Projeto de Iniciação Científica do CNPq/PIBIC 2012/2013.

RESUMO: O presente estudo teve como objetivos caracterizar o desempenho motor de escolares com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade do subtipo predominantemente desatento e traçar o perfil das crianças investigadas, em relação ao sexo, idade, nível socioeconômico e índice de massa corpórea. Foram avaliadas 22 crianças de 7 a 10 anos, do 2º ao 4º ano do ensino fundamental da rede municipal de Maringá, utilizando o Movement Assessment Battery for Children (MABC-2). Os resultados demonstraram que a maioria das crianças era do gênero masculino (68,2%), tinha uma média de idade $8,3 \pm 0,9$ anos, cursava o 3º ano do ensino fundamental (45,5%) e apresentava índice de massa corporal classificado como adequado (54,6%). Quanto à classificação social, observou-se um predomínio de escolares pertencentes à classe B (45,5%) e, em relação ao nível de escolaridade dos pais, verificou-se que a maioria possuía o 1º e 2º grau (82%). No que diz respeito ao desempenho motor da amostra geral, a maioria apresentou um desempenho dentro dos padrões de normalidade (64%), sendo o equilíbrio a habilidade motora em que se observou o maior déficit (31%). Quanto ao desempenho motor entre os gêneros, os meninos sobressaíram-se na habilidade de destreza manual (37%), enquanto as meninas no equilíbrio (50%), embora sem significância estatística. No entanto, devido à limitação do tamanho da amostra e da desproporção entre meninos e meninas, sugere-se a realização de outras pesquisas para a obtenção de dados mais conclusivos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Habilidade Motora; Pediatria.

MOTOR PROFILE OF SCHOOL CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER/HYPERACTIVITY, PREDOMINANTLY INATTENTIVE SUBTYPE

ABSTRACT: Motor performance of school children with Attention Deficit Disorder/Hyperactivity, predominantly inattentive subtype, is characterized. Children's profile with regard to gender, age, socio-economical level and body mass index is also investigated. Twenty-two children, aged between 7 and 10 years, in the 2nd, 3rd and 4th year of primary government schools in Maringá PR Brazil, were evaluated by the Movement Assessment Battery for Children (MABC-2). Results showed that most children were male (68.2%), mean age 8.3 ± 0.9 years, 3rd year schooling in a primary school (45.5%), with adequate body mass index (54.6%). School children belonged predominantly to socio-economical class B (45.5%), with predominantly parents' secondary schooling level (82%). With regard to the sample's motor performance, most had a performance with the levels of normality (64%), with highest deficit in the equilibrium of the motor ability (31%).

Boys were better in manual dexterity (37%), whereas girls were better in equilibrium (50%), in spite of scanty significant difference. However, other research work to obtain more conclusive data should be undertaken due to the small size of the sample and the lack of proportion between the genders.

KEY WORDS: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Motor Capacity; Pediatrics.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma disfunção neurobiológica comum em crianças e adolescentes, responsável por uma série de prejuízos nos sistemas motores, perceptivos e de comportamento (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005), manifestando-se em qualquer faixa etária, porém, de forma mais comum na idade escolar (CONNERS, 2009), podendo ocorrer tanto no sexo masculino como no sexo feminino, todavia com uma maior predominância entre indivíduos do sexo masculino (LOUZÁ NETO, 2010).

Em termos de prevalência, aproximadamente 3 a 7 % da população infantil apresentam o TDAH, havendo uma média de um ou dois portadores para um grupo de 30 crianças (SENA; DINIZ NETO, 2007).

De acordo com o Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o transtorno é classificado em três subtipos clínicos, sendo eles: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo impulsivo e o TDAH do tipo misto ou combinado (JORGE, 2000).

Para o diagnóstico dos subtipos clínicos de TDAH é necessário que a pessoa tenha seis ou mais características de cada um dos tipos, por, pelo menos, seis meses e em, pelo menos, dois ambientes diferentes, com significativo prejuízo no desempenho do indivíduo (JORGE, 2000).

O quadro clínico consiste em desatenção, hiperatividade e impulsividade (ROHDE et al., 2000). A desatenção é mais comumente observada em indivíduos do sexo feminino, é caracterizada por cometer erros frequentes por distração, parecer não escutar quando

lhe é dirigida a palavra, não seguir instruções, não concluir tarefas solicitadas, apresentar problemas com a organização de objetos e esquecimentos em atividades diárias (ROHDE et al., 2000; AMARAL; GUERREIRO, 2001; BARKLEY, 2002).

A hiperatividade/impulsividade é observada pela agitação, excitação e inquietação, observada pelos movimentos excessivos das mãos e dos pés quando sentado, tensão da musculatura em função da ansiedade, dificuldade em se ficar parado em um único lugar por muito tempo, dificuldade na execução de várias tarefas ao mesmo tempo, interrupção da fala dos outros, baixo nível de tolerância e dificuldades em lidar com frustrações, além de desregulação emocional e baixa autoestima (FONTENELLE, 2001; ARAÚJO; SILVA, 2003; SOUZA, 2006).

As crianças com TDAH apresentam prejuízo na vida escolar, na relação com os pais, professores e amigos (BILHAR, 2010), sendo vista pela família e pela sociedade, muitas vezes, como desligadas, aborrecidas, desmotivadas, bagunceiras e desorganizadas (SILVA, 2011). Tal situação traz danos à qualidade de vida nesta fase do desenvolvimento humano e pode persistir até a fase adulta (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005), podendo associar-se com outras comorbidades, tais como: distúrbio de conduta, transtorno opositor desafiante, transtorno bipolar e tendência ao abuso de álcool e drogas ilícitas (ROHDE et al., 2004; SOUZA et al., 2001).

A depressão está presente em 15% a 20% das crianças e adolescentes com TDAH, transtornos de ansiedade em 25% e transtornos da aprendizagem em 10% a 25% dos pacientes com esse distúrbio (ROHDE; HALPERN 2004).

Dessa forma, devido ao fato do TDAH afetar a qualidade de vida do indivíduo como um todo, o diagnóstico precoce e a identificação do perfil motor podem fornecer subsídios para a proposta de alternativas terapêuticas que visem minimizar os déficits motores apresentados.

Sendo assim, este estudo teve por objetivos: - caracterizar o desempenho motor de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade do subtipo predominantemente desatento em escolares da

Rede Municipal de Ensino da cidade de Maringá, Paraná e, - traçar o perfil das crianças investigadas, em relação ao sexo, idade, nível socioeconômico e índice de massa corpórea (IMC).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar), sob parecer nº 250.727/2013 e realizado nas escolas da Rede Municipal de Ensino da cidade de Maringá - Paraná, com alunos do 2º a 4º ano do Ensino Fundamental, com idade entre 7 e 10 anos, cujos pais autorizaram a participação no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa as crianças que apresentaram deficiência visual e auditiva, cardiopatias, deficiência mental, deformidades ortopédicas e outros distúrbios neuropsiquiátricos.

Primeiramente foi feita uma triagem com os professores e pais das crianças através do questionário SNAP – IV, o qual contém dezoito questões objetivas com pontuação variando de 0 a 3, onde 3 representa o pior resultado possível e zero o melhor (MATTOS et al., 2006).

As crianças que apresentaram indicativos positivos de TDAH, de acordo com a triagem dos pais e professores, foram encaminhadas a um neurologista infantil para confirmar o diagnóstico clínico do transtorno.

Para a realização dos testes motores foi utilizada a faixa 2 da bateria Movement Assessment Battery for Children (MABC-2), que tem sido amplamente utilizada para identificação de desordens motoras em indivíduos de 7 a 10 anos (HENDERSON; SUGDEN; BARNETT 2007), avaliando habilidades como destreza manual, atividades de lançar e receber e equilíbrio, com escore padrão variando de 0 a 19 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor o resultado.

A princípio somam-se os resultados dentro de cada conjunto de tarefas (destreza manual, habilidades com bola e equilíbrio) e, na sequência, somam-se esses três valores, para se obter o escore total do MABC-2, que, por sua vez, é convertido no percentil

correspondente. Escores abaixo do 5º percentil são indicativos de significativa dificuldade motora, entre o 5º e o 15º percentil representam um possível risco no desenvolvimento e acima do 15º percentil indicam que a criança não apresenta dificuldade motora.

As tarefas de destreza manual envolvem atividades de velocidade e precisão, as de lançar e receber (habilidades com bola) compreendem tarefas de exatidão no lançamento e recebimento de objetos, enquanto o equilíbrio estático e dinâmico compreende tarefas de precisão e concentração.

Para avaliar o índice de massa corpórea (IMC), foi utilizada uma balança digital Magna e uma fita métrica fixada na parede, a 90 graus em relação ao piso. Ao verificar o peso, as crianças foram orientadas a permanecerem descalças sobre a balança com os membros superiores estendidos ao longo do corpo, enquanto na verificação da altura as mesmas orientações foram seguidas, mas com os calcanhares encostados na parede, mantendo o alinhamento do tronco e dos membros.

O cálculo do IMC foi feito dividindo-se o peso pela altura ao quadrado, utilizando os parâmetros da Organização Mundial de Saúde para classificação (WHO, 2007) que considera os seguintes valores de referência bem como as respectivas classificações: magreza acentuada ($< \text{escore-z}-3$), magreza ($> \text{escore} - z + 1$ e $< \text{escore} - z + 2$), eutrofia ($> \text{escore} z - 2$ e $\leq \text{escore} - z + 1$), sobrepeso ($> \text{escore} - z + 1$ e $\leq \text{escore} - z + 2$), obesidade ($> \text{escore} - z + 2$ e $\leq \text{escore} - z + 3$) e obesidade grave ($> \text{escore} - z + 3$).

Em relação à avaliação do nível socioeconômico, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil 2012 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012) considerando o poder aquisitivo das pessoas, as classes econômicas, ao invés de classificar a população em termos de classes sociais. Este critério leva em conta a posse de itens e a sua correspondente quantidade, bem como o grau de instrução do chefe da família, classificando as classes econômicas em: A1 (42 – 46 pontos); A2 (35 – 41 pontos); B1 (29 – 34 pontos); B2 (23 – 28 pontos); C1 (18 – 22 pontos), C2 (14 – 17 pontos), D (8 – 13 pontos) e E (0 – 7 pontos). No respectivo estudo optou-se pelo agrupamento das classes

A1 e A2, B1 e B2 e C1 e C2, sendo assim distribuídas em classes A, B e C, respectivamente.

A análise estatística foi realizada mediante a utilização do programa estatístico SPSS, versão 15.0. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Para análise da distribuição dos dados, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Como os dados não apresentaram distribuição normal, foram utilizados a Mediana (Md) e seus Quartis (Q1; Q3) para caracterização dos resultados. Para a análise comparativa entre as variáveis foi utilizado o Teste "U" de Mann-Whitney e, para correlação entre as variáveis, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, sendo o nível de significância adotado de 5%.

3 RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 22 escolares com média de idade de $8,3 \pm 0,9$ anos, sendo a maioria do gênero masculino (68,2%; n=15), do 3º ano do ensino fundamental (45,5%; n=10) e da classe socioeconômica B. (45,5%; n=10).

No referente à classificação do índice de massa corpórea (IMC), observou-se que 12 crianças (54,6%) foram classificadas como eutróficas, sete (31,8%) como obesas e três com sobrepeso (13,6%), não havendo diferença estatisticamente significativa em relação aos gêneros no diz respeito a essa variável ($p = 0,549$).

Ao analisar o desempenho motor geral da amostra do estudo (n= 22) pela classificação do teste MABC-2 pode-se observar que 64% (n= 14) dos escolares não apresentaram nenhuma dificuldade motora, 32% (n= 7) apresentaram risco de dificuldade e 4% (n= 1) apresentou dificuldade motora significativa.

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos escolares com TDAH desatento. Maringá-Paraná, 2013

(continua)

Variáveis	Categorias	Frequência	
		N	%
Gênero	Masculino	15	68,2
	Feminino	7	31,8

(conclusão)

Idade	7 - 8	12	54,5
	9 -10	10	45,5
Ano escolar	2º ano	3	13,6
	3º ano	10	45,5
	4º ano	9	40,9
Classe social	A	1	4,5
	B	10	45,5
	C	9	40,9
	D	2	9,1
Grau de instrução dos pais	1º grau	9	41
	2º grau	9	41
	Superior	4	18

Quanto ao desempenho motor geral dos indivíduos investigados, verificou-se pelos valores das medianas que a habilidade motora de maior déficit foi o equilíbrio, seguido da pontuação total do teste do desempenho motor, enquanto que nas demais variáveis (destreza manual e lançar e receber) as medianas tiveram os mesmos valores absolutos, conforme apresenta a tabela 2.

Tabela 2. Resultados das medianas obtidas pelo teste do desempenho motor MABC-2. Maringá - Paraná, 2013

Variáveis em Percentil	Amostra (n=22)
	Md (Q1; Q3)
Destreza Manual (%)	37 (9; 63)
Lançar e Receber (%)	37 (22,75; 79)
Equilíbrio (%)	31 (5; 79)
Pontuação Total (%)	25 (9; 63)

Md: Mediana; Quartis (Q1 e Q3).

No que diz respeito ao desempenho motor entre os gêneros, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre meninos e meninas nas variáveis de destreza manual, lançar e receber e equilíbrio, conforme ilustrado na tabela 3, havendo resultados mais favoráveis nas crianças do sexo masculino na destreza manual e do equilíbrio no sexo feminino.

Tabela 3. Comparação das variáveis entre os gêneros. Maringá - Paraná, 2013.

Variáveis em Percentil	Masculino (n=15)	Feminino (n=7)	p
	Md (Q1; Q3)	Md (Q1; Q3)	
Destreza Manual (%)	37 (16; 63)	16 (9; 50)	0,239
Lançar e Receber (%)	37 (16; 91)	37 (25; 63)	0,775
Equilíbrio (%)	9 (5; 63)	50 (16; 99,9)	0,104
Pontuação Total (%)	25 (9; 63)	25 (16; 63)	0,500

Md: Mediana; Quartis (Q1 e Q3). *Diferença significativa ($p < 0.05$). Teste "U" de Mann-Whitney.

4 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa verificou-se uma predominância do TDAH no gênero masculino, o que vai de encontro aos achados de Cardoso; Sabbag e Beltrame (2007) e Poeta e Rosa Neto (2007), embora a literatura relate que o subtipo clínico desatento, objeto de investigação deste estudo, seja mais prevalente no gênero feminino (ROHDE et al., 2000; VASCONCELOS et al., 2003; ROHDE e HALPERN, 2004).

No que diz respeito à classe social, pode-se observar que as crianças avaliadas pertenciam, em sua maioria, às classes econômicas B e C, respectivamente, com renda variando de R\$ 1.024,00 a R\$ 4.418,00 sendo consideradas de classe média de acordo com a Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE, 2013), que enquadra, nesta categoria, famílias com renda per capita (por pessoa) variando de R\$ 291,00 e R\$ 1.019,00 por mês. Este dado não corrobora com os achados de Rohde e Mattos (2003) e D'Abreu e Marturano (2010), que associam o TDAH com classes sociais mais desfavorecidas.

Quanto ao índice de massa corpórea, foi verificado que a maior parte da amostra investigada apresentou IMC adequado ou eutrófico. No que tange a esse aspecto, há várias controvérsias na literatura, tendo em vista que Cortese e Morcilio (2010) afirmam, em sua pesquisa, que

indivíduos portadores de TDAH têm maior tendência ao ganho de peso, enquanto Curtin et al. (2005) relatam que os índices de obesidade e sobrepeso no TDAH são semelhantes ao restante da população, o que condiz com os resultados do presente estudo.

Nascimento (2011), ao investigar o estado nutricional de 80 escolares de 11 a 14 anos de idade, com e sem indicativo de TDAH, verificou que a maioria dos indivíduos com o transtorno ($n = 40$), foi classificada como eutrófica ($n = 23$), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Em relação à classificação do desempenho motor geral da amostra, observou-se um predomínio de indivíduos sem dificuldade motora (64%), o que vai de encontro aos achados de Nascimento (2011).

O baixo percentual de crianças com significativa dificuldade motora, pode ser atribuído à ausência de comorbidades associadas ao TDAH, que foi um dos critérios de exclusão estipulados no presente estudo, pois, de acordo com Kooistra et al. (2005), os problemas motores, de forma geral, raramente se manifestam na presença do transtorno de forma isolada.

No que diz respeito ao desempenho motor dos escolares avaliados, pode-se observar um prejuízo maior na habilidade de equilíbrio e pontuação total do teste MABC-2, assim como Silva et al. (2012) verificaram em relação ao equilíbrio, ao compararem o desempenho motor de 39 crianças (9 a 12 anos) com e sem o transtorno.

Da mesma forma, Toniolo et al. (2009), ao avaliarem o desempenho motor de escolares de 6 a 12 anos com e sem TDAH, obtiveram um pior resultado do grupo acometido com o transtorno nas habilidades de equilíbrio.

No referente ao desempenho motor entre os gêneros, no presente estudo verificou-se um melhor desempenho dos meninos nas habilidades de destreza manual quando comparadas as meninas. Tal resultado não corrobora com os achados de Beltrame; Silva e Staviski (2007), onde os meninos apresentaram melhor desempenho nas habilidades de lançar e receber e equilíbrio, enquanto as meninas apresentaram melhores resultados nas habilidades de destreza manual.

Ao comparar o equilíbrio entre os gêneros, no presente estudo não foram observadas diferenças

estatisticamente significantes entre meninos e meninas, embora estas últimas tenham se sobressaído melhor nesta habilidade, da mesma forma que Nascimento (2011) e Miranda (2010).

Por outro lado, ao contrário de Beltrame; Silva e Staviski (2007) e Nascimento (2011), que constataram um melhor resultado dos meninos nas habilidades de lançar e receber, não foram observadas diferenças de desempenho de meninas e meninos quanto a esta variável no estudo atual.

Os melhores resultados evidenciados no equilíbrio em crianças do gênero feminino, e da destreza manual no gênero masculino, contrariam as hipóteses propostas, tendo em vista que era esperado um melhor desempenho dos meninos em habilidades motoras grossas e das meninas nas tarefas relacionadas à motricidade fina, devido à influência de fatores culturais, que fazem com que as meninas sejam mais praticantes de atividades domésticas e os meninos de esportes (DERNER, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, foi evidenciado que as crianças com TDAH apresentaram IMC adequado e desempenho motor dentro dos parâmetros de normalidade estipulados pelo MABC-2 (acima do percentil 15^o), sendo o equilíbrio a habilidade motora onde foi detectado o maior déficit, não apresentando nenhuma diferença estatisticamente significativa do desempenho motor entre os gêneros.

No entanto, devido à limitação do tamanho da amostra e da desproporção entre meninos e meninas, sugere-se a realização de outras pesquisas para a obtenção de dados mais conclusivos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. ABEP. Indexação: critério de classificação econômica. São Paulo, SP: ABEP, 2012.

AMARAL, A. H.; GUERREIRO, M. M. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 884-888, ago. 2001.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BELTRAME, T.S.; SILVA, J. da; STAVISKI, G. Desenvolvimento psicomotor e desempenho acadêmico de escolares com idade entre 10 e 12 anos, com indicativo de transtorno da falta de atenção/hiperatividade. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 1, p. 33-39, jan./jun. 2007.

BILHAR, J. C. F. A. **Qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. 2010. 132f. Dissertação (Mestre em ciências) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Programa Pediátrico, São Paulo, SP.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República - SAE. Indexação: publicações e estudos. Brasília, DF: SAE, 2013.

CARDOSO, F. L.; SABBAG, S.; BELTRAME, T. S. Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p.50-55, 2007.

CONNERS, C. K. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CORTESE, S.; MORCILIO, P. C. Comorbidity between ADHA and obesity exploring shared mechanisms and clinical implications. **Postgraduate Medicine**, v.122, n. 5, p. 88-96, 2010.

CURTIN, C. et al. Prevalence of overweight in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorders: a chart review. **BMC Pediatrics**, v. 5, n. 48, p. 1-7, 2005.

- D'ABREU, L. C. F.; MARTURANO, E. M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 15, n. 1, p. 43-51, jan./abr. 2010.
- DERNER, V. H. **Coordenação motora em crianças de 9 e 10 anos**. 2009. 39f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- FONTENELLE, L. Neurologia na adolescência. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 2, p. 205-216, nov. 2001.
- HENDERSON, S.; SUGDEN, D.A.; BARNETT, A. **Movement assessment battery for children**. 2. ed. San Antonio: Harcourt Assessment; 2007.
- JORGE, M. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- KOOISTRA, L. et al. Motor correlates of ADHA: contribution of reading disability and oppositional defiant disorder. **Journal Learning Disabilities**, v. 38, n. 3, p. 195-206, 2005.
- LOUZÂ NETO, M. R. **TDAH Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MATTOS, P. et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, set./dez. 2006.
- MIRANDA, T. **Perfil motor de escolares de 7 a 10 anos de idade com indicativo de desordem coordenativa desenvolvimental (DCD)**. 2010. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- NASCIMENTO, E. M. F. **Desenvolvimento motor de escolares com e sem indicativo de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH**. 2011. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- POETA, L. S.; ROSA NETO, F.; Intervenção motora em uma criança com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). **Revista Digital EFDeports**, Buenos Aires, v. 10, n. 89, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd89/tdah.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2013.
- POSSA, M. A.; SPANEMBERG, P.; GUARDIOLA, A. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças escolares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 2-B, p. 479-483, jan. 2005.
- PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P.; ARAÚJO, A. P. Q. C. Desempenho escolar e Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 324-329, nov./dez. 2005.
- ROHDE, L. A. P.; MATTOS, P. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: princípios e práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 7-11, 2000.
- ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.
- ROHDE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004.
- SENA, S. S.; DINIZ NETO, O. **Distraído e a 1000 por hora: guia para familiares, educadores e portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SILVA, C. C. **Olhares diversos sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no**

contexto escolar. 2011. 48f. Monografia (Especialização em Orientação Educacional e Pedagógica) - Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, RJ.

SILVA, J. da et al. Desempenho motor de escolares com e sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 76-84, 2012.

SOUZA, E. S. **A psicomotricidade e o ambiente escolar da educação infantil.** 2006. 62f. Monografia (Especialização em Psicomotricidade) - Universidade Cândido Mendes, Niterói, RJ.

SOUZA, I. et al. Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2-B, p. 401-406, 2001.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 67-73, mar. 2003.

WHO. World Health Organization. **National Center for Health Statistics.** 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em: 18 set. 2013.

Recebido em: 08 de abril de 2014

Aceito em: 29 de junho de 2014