

# Avaliação materna dos problemas cognitivos da desatenção, da actividade motora e da PHDA

Raquel Medeiros

*Hospital de Faro  
Faro, Portugal*

Cristina Nunes

*Universidade do Algarve  
Faro, Portugal*

## RESUMO

O presente estudo consistiu na avaliação pelas mães, de crianças com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), dos problemas cognitivos, da desatenção, da actividade motora e da PHDA dos seus filhos. A amostra é constituída por trinta mães de crianças afectas ao Centro de Desenvolvimento Infantil do Hospital de Faro. O instrumento utilizado foi a Escala de Conners para Pais, versão revista (forma reduzida) adaptada para a população portuguesa. As mães foram contactadas no momento da consulta de desenvolvimento dos seus filhos e convidadas a participar na investigação através de consentimento informado. Os resultados permitiram confirmar o diagnóstico de PHDA na maioria das crianças da amostra estudada. Não encontramos nenhuma associação entre as crianças que se encontravam medicadas e os valores dos índices obtidos na Escala de Conners.

**Palavras-chave:** PHDA; Escalas de Conners; mães; hiperactividade; desenvolvimento infantil.

## ABSTRACT

*Parental evaluation of cognitive problems, inattention, motor activity and ADHD*

The present work consists in the evaluation of mothers with children with the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder of cognitive problems, inattention, motor activity and ADHD. The sample is formed by 30 mothers of children belonging to the Development Center of Faro Hospital. The instrument used is Conners Scale for Parents, reviewed version (reduced form) adapted to the portuguese population. The mothers were contacted in the moment of the appointment of her sons, and invited to answer with informed consent. The diagnoses of ADHD were confirmed in the majority of the children; the relation between medication and values of Conners Scale were not confirmed.

**Keywords:** ADHD; Conners Scale; mothers; hyperactivity; childhood development.

## RESUMEN

*La evaluación materna de los problemas cognitivos de la desatención, de la actividad motora y de la PHDA*

El presente estudio consistió en la evaluación materna de niños con diagnóstico de perturbación de hiperactividad con déficit de atención (PHDA) de los problemas cognitivos, de la desatención, actividad motora y PHDA. La muestra es compuesta por 30 madres usuarias del Centro de Desarrollo Infantil del Hospital de Faro. El instrumento utilizado fue la escala de Conners para padres, versión revisada (forma reducida) adaptada para la población portuguesa. Las madres fueron contactadas e invitadas a participar en la investigación en la consulta de desarrollo de sus hijos. Los resultados muestran que se confirma el diagnóstico de PHDA en la mayoría de los niños de la muestra estudiada. No hemos encontrado ninguna asociación entre los niños que se encuentran medicados y los valores de los índices obtenidos en la escala de Conners.

**Palabras clave:** PHDA; Escalas de Conners; madres; hiperactividad; desarrollo infantil.

Os problemas da atenção e da hiperactividade têm interessado inúmeros autores a nível mundial desde os finais do século XIX, início do século XX. O primeiro termo utilizado pela comunidade científica para descrever esta problemática era “instabilidade”, e a primeira descrição encontrada remonta a Henrich Hoffman, de nacionalidade alemã, em 1845 (Thomas e Willems, 2001).

Desde o início que a adequação do termo instável, para descrever crianças com este tipo de problemática, foi questionada, e ainda na década de 90 se discutia a sua utilização e adequação. A alternativa de categorização que se foi impondo na época foi a designação de irrequieto, por se revelar mais específico na caracterização do comportamento. Aquilo que se verifica é que ocorreu uma marcada evolução histórica na denominação destas alterações do comportamento, nomeadamente, na sua concepção enquanto sintoma ou síndrome.

De forma genérica, considera-se que foram os escritos de Still, em 1902 na Grã-Bretanha, que iniciaram a “história” da hiperactividade (Bouvard et al., 2006), não obstante, os numerosos trabalhos publicados anteriormente, sobre casos isolados de crianças hiperactivas, em todo o mundo.

Desde os seus inícios, o estudo da PHDA é marcado pela adopção de perspectivas diferentes, que infelizmente trazem implicações directas junto das crianças diagnosticadas e das suas famílias. A não existência de uma linha de pensamento única tem contribuído para a permanência de dúvidas e a criação de escudos, quer em relação às práticas pedagógicas, como na aceitação da prescrição de terapêutica medicamentosa. Por exemplo, pais que não queiram colocar em causa as práticas educativas, refugiar-se-ão na componente neuroquímica da perturbação, evitando responsabilidades e não assumindo o papel primordial que desempenham junto dos seus filhos. Outros pais podem conduzir os seus filhos ao insucesso escolar por se recusarem determinantemente a autorizar a prescrição de medicação adequada à inibição da impulsividade e estimulação da atenção. Muitas das vezes os professores apelam também à medicação por não serem capazes, nem fazerem o esforço, de controlar crianças com problemas neste âmbito. São, no entanto, estes profissionais que se encontram em situação privilegiada para melhor discriminarem a sintomatologia, que se manifesta sobretudo no contexto escolar ao trazer implicações no rendimento académico, pelo que o seu contributo no processo de avaliação e diagnóstico é essencial.

Barkley (2002) refere-nos que os estimulantes (sendo o metilfenidato aquele que mundialmente mais

é usado nas suas diferentes formas comerciais) têm-se mostrado, nos inúmeros estudos realizados, bastante eficazes na melhora do comportamento, desempenho académico e ajustamento social para aproximadamente 50 a 95% das crianças com PHDA. No entanto, este mesmo autor alerta que os medicamentos não ajudam todas as crianças, sendo importante avaliar a existência de comorbilidade com outras patologias. Barkley também refere que a medicação não deverá ser a única forma de terapia, devendo sempre ser conciliada com outros tratamentos educacionais e psicológicos.

Um estudo de monografia em Portugal procurou observar os efeitos do início da medicação com metilfenidato sobre as relações familiares de crianças hiperactivas até então não medicadas. A análise feita revelou que a terapêutica farmacológica não é o único agente a ter efeito sobre a hiperactividade da criança, a sua evolução e a respectiva percepção e vivência feita pelos pais. A autora depreende que existirá um papel de peso dos factores relacionais na evolução de uma criança hiperactiva e na sua dinâmica familiar (Batata, 2006).

Abordar o tema da medicação nesta área implica comentar a forma como numerosas vezes é prescrita nos serviços de Saúde, nomeadamente em Portugal, país onde a investigação foi conduzida. Usualmente a medicação é considerada adequada quando a criança apresenta um resultado de dois desvios padrão nas Escalas de Conners (em muitos casos versões não adaptadas à população portuguesa) nas duas versões – para pais e para professores. Ora, aquilo que, infelizmente, constatamos é que este procedimento basta para a realização de um diagnóstico e se medicar uma criança, facto criticado por diversos autores (Timini, 2005; Nicholl 2002; Schweizer, 2001). Uma suspeita de PHDA deve ser sempre alvo de uma avaliação rigorosa, realizada por uma equipa multidisciplinar, e nunca esquecendo a envolvimento dos progenitores.

Os estimulantes são medicamentos administrados na maioria das vezes por via oral, são absorvidos rapidamente pela corrente sanguínea e cruzam a barreira para o cérebro rápida e facilmente. São eliminados do organismo no espaço temporal de 24 horas (Barkley, 2002).

Acerca dos efeitos da medicação, numerosas dúvidas e críticas se levantam. Um grande número de pais questiona a prescrição após a leitura da bula destes medicamentos, em especial devido às advertências em relação ao seu uso e à descrição de efeitos secundários possíveis. Barkley (2002) refere que existem muitos efeitos colaterais que as crianças podem experimentar, mas que na maioria se revelam mínimos em comparação com a eficácia apresentada. Certo é que se verifica uma

diminuição do apetite, devendo existir por parte dos pais uma especial atenção ao domínio da alimentação quando a criança se encontra medicada; um aumento mínimo da frequência cardíaca e da pressão sanguínea; um aumento da actividade eléctrica cerebral; insónia; e um acréscimo de possibilidade de ocorrência de tiques, que deverá levar à inibição do tratamento medicamentoso.

Segundo Batata (2006) registou-se existência de melhorias a nível académico com a introdução da medicação (metilfenidato), mas constatou-se a permanência das mesmas características psico-afectivas nas crianças ao fim de três meses de medicação.

Uma das soluções largamente difundida como alternativa válida ao uso de medicação estimulante como a Ritalina (metilfenidato) passa pela alteração dos hábitos nutricionais. Encontrámos no livro *The remarkable nutritional treatment for ADHD, dyslexia and dyspraxia* (2002) de Jacqueline Nicholl a defesa do uso continuado dos ácidos gordos de longas cadeias polissaturadas (LCPs) na dieta alimentar, como alternativa válida para o uso de medicação estimulante como a Ritalina. A autora apresenta a nutrição como um factor ambiental capaz de surtir efeitos positivos igualáveis aos da medicação, sendo esta sua defesa consequência da sua posição crítica face ao uso da Ritalina, alegando o desconhecimento sobre os seus efeitos a longo prazo. Acrescentemos que estas posições são seguidoras da aceitação de uma predisposição biológica para a existência da PHDA.

Embora Barkley (2002), refira que durante os últimos 60 anos não se terem sido relatados efeitos negativos nas crianças medicadas relatados quer pela indústria farmacêutica quer pela a Food and Drugs Administration, existem actualmente vários estudos que alertam que o uso repetido da medicação não está suficientemente estudado e que são necessários mais estudos independentes para conhecer os benefícios e os efeitos negativos a longo termo do uso da medicação em crianças correctamente diagnosticadas (Kociancic, Reed, e Findling, 2004).

## OBJECTIVOS

O presente estudo teve como objectivos: confirmar o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção nas crianças estudadas; permitir o estabelecimento de correlações entre os valores dos índices: Problemas Cognitivos/Desatenção, Actividade Motora e PHDA, com dados sobre o desenvolvimento das crianças; verificar a aplicabilidade da Escala de Conners, versão revista (forma reduzida), adaptada para a população portuguesa, a uma amostra de mães

de crianças algarvias com diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção; correlacionar os valores dos índices obtidos com a condição das crianças se encontrarem com ou sem medicação.

## MÉTODOS

### Sujeitos

A amostra é constituída por 30 mães de crianças diagnosticadas com PHDA pelos pediatras da Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Faro (Portugal).

### Instrumentos

A Escala de Conners para Pais – versão revista (forma reduzida), foi adaptada para a população portuguesa por Rodrigues (2003) – e é composta por 27 itens que abordam os problemas mais comuns que afectam as crianças no seu percurso de desenvolvimento. Cada item pressupõe a resposta à questão “Com que frequência isto aconteceu no último mês?”, sendo a classificação de acordo com uma escala de Likert que varia entre 0 e 3 (nenhuma, nunca, raramente ou com pouca frequência, e muito frequente).

A Escala permite obter resultados para 3 índices: Problemas Cognitivos/Desatenção; Excesso de Actividade Motora; e índice de PHDA.

As Escalas de Conners são uma ferramenta muito útil para o diagnóstico de PHDA e a exclusão ou inclusão de outras perturbações comórbidas, uma vez que oferecem a percepção da realidade diária da criança pelos olhos dos pais de uma forma específica e direccionada (Rodrigues, 2003). Na consulta de Desenvolvimento médica em que as crianças do estudo foram diagnosticadas foi utilizada uma versão não adaptada das Escalas de Conners para a população portuguesa, pelo que, no presente estudo, se pretendeu verificar o diagnóstico, bem como enriquecer as informações sobre as particularidades das crianças da amostra. A versão das Escalas utilizada no presente estudo oferece dois novos índices: problemas cognitivos/desatenção e actividade motora, que facilitam a discriminação do subtipo de PHDA presente. A PHDA, segundo os critérios do DSM-IV-TR (2006) divide-se em três tipos: misto, em que os critérios de falta de atenção e de hiperactividade/impulsividade estão presentes nos últimos seis meses; tipo predominantemente desatento, em que os critérios de hiperactividade/impulsividade não estão preenchidos nos últimos seis meses; tipo predominantemente hiperactivo/impulsivo em que os critérios de falta de atenção não estão preenchidos nos últimos seis meses.

## Procedimento

A realização do presente estudo foi sujeita a aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Faro. As entrevistas com as mães realizaram-se no momento em que as suas crianças vinham à Consulta de Desenvolvimento onde eram seguidas segundo o diagnóstico de PHDA. As Escalas de Conners foram preenchidas pelas mães, após a explicitação do objectivo do estudo e obtenção do seu consentimento informado. A presença da autora permitiu o esclarecimento de dúvidas, bem como a aplicação do questionário de anamnese da criança. Em seguida procedeu-se à revisão e completamento da recolha de dados da anamnese através da consulta dos processos hospitalares.

A selecção de crianças entre os 6 e os 11 anos prendeu-se com a aplicabilidade das Escalas de Conners.

A codificação e análise estatística dos dados foram realizadas no SPSS, versão 16. Os gráficos foram elaborados no programa Excel, versão Windows Vista.

## RESULTADOS

Verificou-se que, em relação aos três índices, a maioria dos resultados se situaram dentro do intervalo problemático, conforme se pode confirmar na Figura 1.

Em seguida, reagrupou-se as crianças em dois grupos. O primeiro grupo foi classificado como não problemático, e reuniu as crianças com índices na escala de Conners na média e ligeiramente atípicos; o segundo designou-se grupo problemático, e constituiu-se juntando as crianças com índices medianamente, moderadamente e marcadamente atípicos. Ao reagrupar

as crianças procurou-se verificar se o facto de estarem medicadas ou não revelava associação com o grupo a que pertenciam. Deste modo, utilizando o Qui-Quadrado como medida estatística, verificou-se não existir associação entre estarem ou não medicadas e o índice de PHDA ( $\chi^2=1,000$ ;  $p=0,317$ ), estarem ou não medicadas com o índice de excesso de actividade motora ( $\chi^2=0,139$ ;  $p=0,709$ ), tampouco com o índice de problemas cognitivos e desatenção ( $\chi^2=1,701$ ;  $p=0,192$ ).

Relativamente aos três índices, procurou-se perceber se existiriam diferenças entre ambos os sexos. A amostra era constituída por 80% de crianças do sexo masculino e 20% do sexo feminino. Conforme os dados apresentados na Tabela 1, verificou-se que apenas para a variável “Índice de problemas cognitivos e desatenção” existem diferenças significativas entre os sexos ( $t=-2,512$ ;  $p=0,021$ ).

TABELA 1  
Teste T de Student para os três índices, por sexos

	Masculino	Feminino	t	p
PHDA	25.5	26.83	-0.508	.615
Problemas Cognitivos/ Desatenção	10.75	12.67	-2.512	.021
Excesso Actividade Motora	13.12	13.83	-0.334	.741

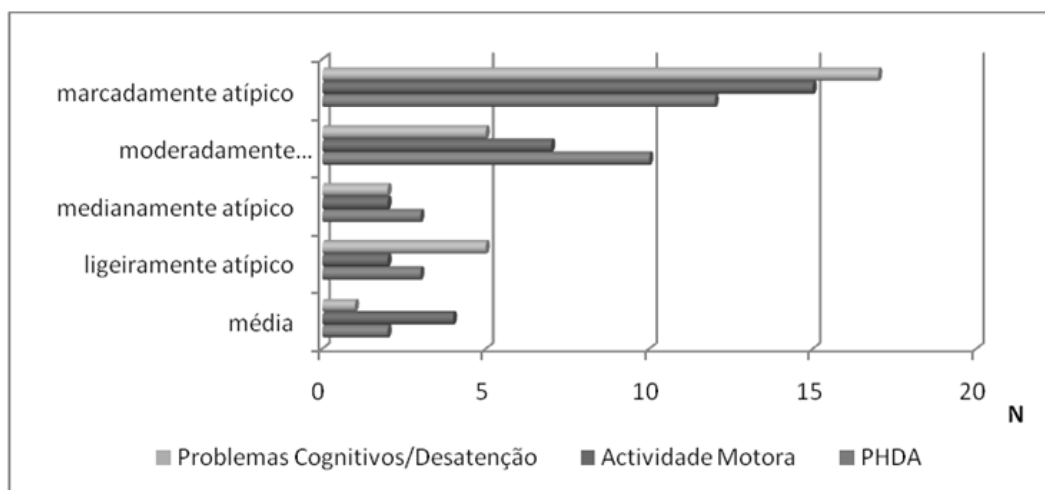


Figura 1 – Distribuição da frequência dos índices

TABELA 2  
Correlações de Pearson entre a idade e os três índices

		<i>Idade</i>	<i>PHDA</i>	<i>Excesso Actividade Motora</i>	<i>Problemas Cognitivos/Desatenção</i>
<i>Idade</i>	Correlação de Pearson	1	-0,210	-0,282	-0,294
	Significância (bilateral)		0,266	0,131	0,114
	N	30	30	30	30

Procurou-se também analisar se existiria associação entre o tempo de gestação em semanas (M=36,7 semanas), o peso ao nascimento (média situada nos 2787,17±959,15 gramas) e o valor de Apgar (primeiro minuto M=7,39 e ao quinto minuto M=9,08), com os valores dos três índices (Tabela 3). Conforme a tabela, verificou-se que apenas se encontrou associação entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e os índices: PHDA e Excesso de Actividade Motora. Deste modo, constata-se que existe uma correlação positiva moderada entre o valor de Apgar e o índice de PHDA, ou seja, à medida que os valores de Apgar são mais altos, os valores de índice de PHDA também o são. O mesmo se verifica entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e o índice de

Excesso de Actividade Motora, uma vez que estamos também perante uma correlação positiva moderada.

Na Tabela 4, são apresentados os valores das correlações encontradas entre a variável “número de horas de sono por noite” e os três índices. Em média as crianças do estudo dormiam 9,1 horas. Neste caso verificou-se a existência de uma correlação negativa moderada entre esta variável e o índice de Problemas Cognitivos/Desatenção. Revelando, assim, que quanto menor o número de horas de sono, maior o score do índice de Problemas Cognitivos/Desatenção, o que se traduz por um desempenho mais problemático nesta área.

TABELA 3  
Correlações de Spearman entre o “Tempo de gestação”, o “Peso à nascença” e o valor de “Apgar ao Primeiro Minuto” e os três índices

			<i>PHDA</i>	<i>Excesso Actividade Motora</i>	<i>Problemas Cognitivos/Desatenção</i>
<i>Spearman rho</i>	Tempo de gestação em semanas	Coefficiente de correlação	.053	.171	.224
		Significância (bilateral)	.790	.383	.252
		N	28	28	28
	Peso à nascença em gramas	Coefficiente de correlação	0,38	-0,039	0,096
		Significância (bilateral)	0,841	0,839	0,613
		N	30	30	30
	Apgar 1'	Coefficiente de correlação	0,473	0,419	0,298
		Significância (bilateral)	0,011	0,027	0,124
		N	28	28	28

TABELA 4  
Correlações de Spearman entre o “Número de horas de sono” e os três índices

			<i>PHDA</i>	<i>Excesso Actividade Motora</i>	<i>Problemas Cognitivos/Desatenção</i>
<i>Spearman rho</i>	Número de horas de Sono	Coefficiente de correlação	-0,140	-0,092	-0,464
		Significância (bilateral)	0,460	0,627	0,010
		N	30	30	30

Quanto à associação entre a reanimação à nascença (63% das crianças não haviam sido reanimadas à nascença) e os vários índices, apenas se verifica relação significativa entre o facto de a criança ter sido reanimada à nascença e o índice de “Excesso de Actividade Motora”. Com base na Tabela 5, verifica-se que as crianças que não foram reanimadas apresentam um índice mais elevado de Excesso de Actividade Motora, tendência que é comprovada com o teste de Mann-Whitney, em que se observa que a relação supramencionada entre as variáveis é significativa ( $Z=-2,292$ ;  $p=0,020$ ).

TABELA 5  
Índice Excesso de Actividade Motora

<i>Índice</i>	<i>Reanimação à nascença</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>
Excesso Actividade Motora	Não	17	16,68
	Sim	10	9,45
	Total	27	

## DISCUSSÃO

Os resultados permitiram-nos atingir o objectivo do presente estudo: confirmar o diagnóstico de PHDA das crianças da nossa amostra. Somente 6,7% apresentou resultados no índice de PHDA “na média”, definida por Rodrigues (2003) como não levantando problemas, e apenas uma criança apresentou um resultado não problemático no índice de PHDA, não estando medicada.

No entanto, um dos dados que nos parece importante de ser comentado é a incoerência entre o número de crianças medicadas, que continua a apresentar um comportamento problemático (superior ao número de crianças não medicadas a apresentarem sintomatologia problemática), e a percentagem de percepção de eficácia da terapêutica pelos pediatras de 79,2% encontrada na revisão dos processos hospitalares das crianças.

Um dos resultados que se evidenciou foi a predominância de resultados marcadamente atípicos na “Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção”, levando-nos a ponderar sobre uma eventual prevalência de critérios de PHDA do tipo predominantemente desatento, bem como a existência de défices cognitivos nas crianças da amostra. Ingram e col. (1999, cit. por Rodrigues, 2003) consideram que o valor de QI é um dos factores preditivos com maior poder nas crianças com Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção. Os indivíduos com baixos QI tendem a evoluir de forma mais negativa e com maior grau de

desadaptação em todas as áreas. No entanto, devemos ressaltar que não existem factores preditivos que actuem isoladamente.

Verificámos também que o número de crianças com excesso de actividade motora é também ele predominante no grupo “marcadamente atípico”, e embora não tenhamos encontrado correlação entre a idade e o índice de excesso de actividade motora na nossa amostra, a literatura diz-nos que a actividade motora tem tendência a diminuir, mantendo-se o défice de atenção (Garcia, 2001; Barkley, 2002). Ora, podemos alegar que, de acordo com os nossos resultados, essa estabilização comportamental deverá situar-se após os 11 anos, idade limite da nossa amostra.

Quando procurámos analisar o impacto das crianças estarem ou não medicadas, nos valores dos três índices da Escala de Connors, confrontámo-nos com a não existência de associação entre as duas variáveis. Este facto, poderia colocar em questão o efeito da medicação, no entanto, a duração do efeito da medicação prescrita para estas crianças é limitada no tempo, o que leva a que, no período em que as crianças estão em casa, já não estejam sob o efeito do fármaco, prescrito e administrado de forma a permitir a estabilização durante o período escolar.

Quanto às diferenças entre ambos os sexos confirmou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no índice “Problemas Cognitivos/Desatenção”. Este resultado é consonante com um estudo de Ackerman, P.T., Roscoe, M.A., Dykman, A.E Oglesby, B. (1983, cit. por Rodrigues, 2003) que referenciaram a existência de diferenças entre rapazes e raparigas, em especial ao nível da atenção e dos resultados em testes de inteligência com valores superiores para os rapazes, quando ambos os grupos se encontravam referenciados clinicamente.

Contrariamente ao que seria esperado, de acordo com a revisão teórica elaborada, em relação ao tempo de gestação e peso à nascença em associação com a manifestação de PHDA, não encontramos associação entre as variáveis e os índices estudados.

O facto de se ter verificado a existência de uma correlação positiva entre o valor de Apgar ao primeiro minuto e o índice de défice de atenção e hiperactividade, poderá ser um dado merecedor de um estudo mais aprofundado, que não cabe nos domínios da presente investigação. Sabemos que o valor de Apgar mede a vitalidade com que uma criança nasce numa escala de 1 a 10, sendo a conjugação de 5 medidas: frequência cardíaca, respiração, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Ora, quanto mais elevadas as classificações nos diferentes minutos, melhor a classificação das condições de nascimento da criança.

Na literatura encontramos a referência ao estudo de Chandola e col., (1992, cit. por Rodrigues, 2003), em que foi apontada a duração do trabalho de parto Apgar ao primeiro minuto como um factor de risco para a manifestação de PHDA.

Em relação aos restantes dados recolhidos na ficha sobre a gravidez e o parto, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre esses pontos e os valores dos índices, o que está de acordo com a literatura (Rodrigues, 2003).

Por último, foi confirmada a relação entre a variável “número de horas de sono por noite” e os valores dos índices, ou seja, quanto menor o número de horas de sono, maior os problemas cognitivos e de atenção, facto que, embora não seja inesperado até de um ponto de vista do senso comum, nos parece fundamental ser considerado de forma atenta. O não cumprimento de boas higiènes de sono por parte de crianças com diagnóstico de PHDA agrava as suas características comportamentais, implicando maior desadaptação escolar e académica. Ficou por explorar a questão das insónias enquanto efeito secundário possível nas crianças que se encontravam medicadas.

Para concluir, pensamos que a abordagem terapêutica deve ser sensível ao perfil de desenvolvimento neurológico da criança e ser adaptado às suas circunstâncias familiares e sociais tendo em conta as diferentes condições de co-morbilidade e os seus efeitos adversos. Deve estar integrado numa intervenção interdisciplinar incluindo educação, saúde mental e apoio social (Larson, Russ, Kahn, Halfon, 2011).

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperactividade (TDHA) – Guia Completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Batata, I. (2006). *Estou bem onde não estou: alterações na dinâmica familiar de crianças hiperactivas medicadas com metilfenidato*. Monografia de Licenciatura. Lisboa: ISPA. Acessado em: ago. 2008, www.psicologia.com.pt.
- Bouvard, M., Heuzey, M., Mouren, M., Abbou, H., Bange, S., Cortese, S. et al. (2006). *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*, (2ª éd.). Paris: Doin.
- Garcia, I. (2001). *Hiperactividade. Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: McGraw-Hill.
- Kociancic, T., Reed, M.D. & Findling, R.L. (2004). Evaluation of risks associated with short- and long-term psychostimulant therapy for treatment of ADHD in children. *Expert Opin Drug Saf*, 3(2), 93-100.
- Larson, K., Russ, S., Kahn, R. & Halfon, N. (2011) Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for US Children With ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470.
- Nicholl, J.S.M. (2002). *The remarkable nutritional treatment for ADHD, Dyslexia and Dyspraxia*. London: Macmillan.
- Rodrigues, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção – Estudo de estandardização e Propriedades Psicométricas das Forças Reduzidas das Escalas de Conners Revisadas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo*. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, não publicado.
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas – 3 estudos clínico-evolutivos sobre a “instabilidade motora” na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Schweizer, C. & Prekop, J. (2001). *Crianças hiperactivas – Porquê é que uma criança é inquieta e agitada? Um livro para restituir a tranquilidade à família*. Porto: Ambar.
- Timini, S. (2005). *Naughty Boys – Anti-social behaviour, ADHD and the role of the culture*. New York: Palgrave MacMillian.
- Thomas, J. & Willems, G. (2001). *Troubles de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant – Approche neurocognitive*, (2ª éd.). Paris: Masson.

Recebido em: 29/11/2010. Aceito em: 12/02/2011.

### Autores:

Raquel Medeiros – Mestre em Psicologia da Saúde, Hospital de Faro, EPE.  
Cristina Nunes – Doutora em Psicologia. Universidade do Algarve.

### Enviar correspondência para:

Raquel Medeiros  
Serviço de Psicologia – Hospital de Faro  
Rua Leão Penedo  
8000-386, Faro, Portugal  
E-mail: rfmedeiros@ualg.pt; raquelmedeir@gmail.com