

CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – TDAH: COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO ESCOLAR DOS ALUNOS TRATADOS E NÃO TRATADOS COM METILFENIDATO

CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER – ADHD: COMPARISON SCHOOL ACHIEVEMENT OF STUDENTS TREATED AND NOT TREATED WITH METHYLPHENIDATE

LUIZ ANTONIO BENTO. Licenciado em Filosofia pela Faculdade de Ciências Humanas Arnaldo Busato, Toledo-PR. Pós-Doutor na área de Bioética pelo Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ. Doutor em Teologia Moral com dissertação em Ética e Ciência Biomédica. Mestre em Teologia Moral, ambos pela Universidade Lateranense de Roma, Itália. Docente do Curso de Medicina e Medicina Veterinária e Direito do Centro Universitário Ingá, Maringá-PR.

MARIANA AFONSO FERREIRA. Acadêmica do 5º ano de Graduação do Curso de Medicina do Centro Universitário Ingá.

SANDRA EDNEA DE LIMA SANTOS. Psicopedagoga do Colégio Estadual Princesa Izabel, Umuarama-PR.

SUELI APARECIDA MANGANOTTI. Coordenadora da educação especial do Colégio Estadual Princesa Izabel, Umuarama-PR.

Rua Marechal Deodoro, 549, Zona 7, Maringá-PR, CEP 87030-020. E-mail: prof.luizbento@uninga.edu.br

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo verificar se há um melhor desempenho escolar entre as crianças diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH que fazem o uso de metilfenidato quando comparadas com crianças diagnosticadas que não fazem o uso do medicamento. A coleta de dados foi feita através da aplicação do teste de desempenho escolar (TDE) de Lilian Milnistky Stein, com crianças do sexto ao nono ano, com faixa etária de 11 a 14 anos, de ambos sexos e diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, regularmente matriculadas no Colégio Estadual Princesa Izabel, Umuarama, PR, e que recebem atendimento educacional especializado, Sala de Recursos Multifuncionais, SRM, no contra turno escolar. A aplicação do TDE foi feita de forma individual pelas psicopedagogas responsáveis, observando as condições padrão de iluminação, controle de ruídos e acomodações, que são comuns a outros exames psicopedagógicos. Os resultados obtidos foram convertidos em uma tabela, sendo classificados em: superior, médio e inferior para cada série escolar, a qual foi utilizada para comparação de desempenho de um estudante para outro. Os resultados indicam que o grupo sem tratamento medicamentoso obteve desempenho escolar maior que o grupo em tratamento medicamentoso para transtorno de déficit de atenção

e hiperatividade confirmando a hipótese de que o tratamento medicamentoso isolado não é suficiente para o combate de um transtorno multifatorial como o TDAH.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno. Déficit de Atenção. Hiperatividade. Metilfenidato. Ritalina.

ABSTRACT

The present study objective verifies if there is a better school achievement between children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder – ADHD who use methylphenidate in comparison with children diagnosed who do not use methylphenidate. Data collect was made through the application of school achievement test by Lilian Milnistky Stein, with children of sixth to ninth school year, aged between 11 and 14 years, of both sexes and diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder, regularly enrolled in Princess Izabel State College, Umuarama, PR, and receive specialized educational service, multifunctional feature restroom, in second school period. The application of school achievement test was made individually by responsible psychoeducators, following the standard conditions of illumination, noise control and accommodations, which are common to other psychopedagogical exams. The obtained results were converted to a table and classified upper, middle and lower for each school grade, which was used for comparison of school achievement from one student to another. The results indicate that the group without drug treatment obtained a higher school achievement than the group with drug treatment to attention deficit hyperactivity disorder, confirming the hypothesis that isolated drug treatment is not enough to oppose a multifactorial disorder like ADHD.

KEYWORDS: Disorder. Attention Deficit. Hyperactivity. Methylphenidate. Ritalin.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, uma das causas de maior procura de atendimento nos ambulatórios de saúde mental são de crianças e adolescente com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Essa patologia tem influência neurobiológica e apresenta-se com uma frequência de 4% a 6% em crianças em idade escolar, caracterizando um dos principais transtornos mentais presente na infância (ROHDE et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2005).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (DSM- V de 2013) o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, surge antes dos sete anos de idade e apresenta três principais sintomas, o primeiro deles é a desatenção que se manifesta pela dificuldade da criança em atentar-se a detalhes, pois é distraída facilmente ou pelo cometimento de erros pela desatenção às atividades escolares. O segundo sintoma seria a hiperatividade, caracterizada pela resistência em permanecer sentado e quieto durante situações em que se espera que a criança permaneça dessa maneira. Por fim, o terceiro sintoma é a impulsividade, sendo caracterizada pela dificuldade em esperar por sua vez, interromper as pessoas

e falar de maneira precipitada.

As pesquisas revelam que a prevalência do TDAH é maior entre os meninos do que entre as meninas, sendo uma proporção de 2:1 nas amostras populacionais e 9:1 nas amostras clínicas (ROHDE; HALPERN, 2004). Uma das justificativas apresentadas para esse fato é baseada no perfil psicossocial das meninas que geralmente é desatento e não apresenta outros sintomas, sendo menos incômodo para a família e para a escola, tendo como consequência um menor número de encaminhamentos para tratamento (FOLQUITTO, 2009). Além disso, a maior proporção do transtorno em indivíduos do sexo masculino pode estar relacionada com o maior número de encaminhamentos de meninos pela imputação da hiperatividade ao seu comportamento típico.

Os fatores etiológicos dessa patologia ainda são desconhecidos, no entanto, supõe-se que apresenta base neurológica, sendo fortemente influenciada pela condição psíquica e do contexto familiar do paciente. (CONRADO, 2003). Muitos estudos demonstram que, apesar de não ser a causa do desenvolvimento do TDAH, em crianças com predisposição neurobiológica a exposição a um contexto familiar conturbado atua como um fator de risco que pode desencadear a manifestação dos sintomas e alterar o decorrer do transtorno (CARLSON et al., 1995; HECHTMAN, 1996; MIRANDA et al., 2002; PRESENTACIÓN et al., 2006). No Brasil um estudo revelou que em crianças expostas a confronto conjugal constante apresentam um risco 11,66 vezes maior de ser diagnosticada com o transtorno (VASCONCELOS et al., 2005).

O fato dos portadores de TDAH serem diagnosticados principalmente no período escolar está relacionado com a maior evidência dos sinais durante o ingresso das crianças nas atividades escolares, pois a partir desse momento as dificuldades de relacionamento com professores e colegas tornam-se notórias, uma vez que no período escolar a criança amplia o seu sistema social – do núcleo familiar para o escolar e passa a relacionar-se com colegas e professores (ARAÚJO; SILVA, 2003).

Nos casos de determinação diagnóstica positiva para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é recomendado para o tratamento a administração de psicofármacos (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2010; GUARIDO, 2007; LEGNANI; ALMEIDA, 2008). O fármaco mais utilizado para o tratamento é o metilfenidato, conhecido comercialmente como Ritalina, supõem-se que essa substância atua ao nível do lóbulo frontal do cérebro, região responsável pela regulação da atenção e da impulsividade (ULLOA, 2007). Apesar de haver relatos de melhora significativa dos sintomas do transtorno, deve-se ponderar que essa substância pode provocar efeitos adversos (LEITE; BALDINE, 2011) além de não haver muitos estudos sobre os efeitos do uso crônico em crianças, sendo o seu uso recomendado acima dos 6 anos de idade.

No entanto, deve-se considerar que os sintomas do TDAH não são característicos apenas dessa patologia, podendo, muitas vezes, nem estar relacionados com algum transtorno psíquico e, isso torna o seu diagnóstico complexo. Dessa maneira os profissionais que atuam na área de saúde mental na infância devem levar em consideração não apenas a tríade sintomática, mas também a presença de outras condições no momento do diagnóstico e escolha

do melhor tratamento em cada um dos casos (SOUZA et al., 2007). O diagnóstico não deve restringir-se apenas a características do perfil biológico e cerebral do paciente, visto que a criança é um produto do meio no qual ela está inserida, sendo fundamental considerar os aspectos individuais, familiares, econômicos e morais durante o processo de identificação do que é normal e do que é patológico (CALIMAN, 2010).

METODOLOGIA

Esta pesquisa delinea-se através de caráter exploratório, de natureza descritiva, de cunho qualitativo. Neste sentido, o estudo implementa-se através de uma pesquisa de campo, avaliando e analisando o desempenho escolar de estudantes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) que fazem uso de metilfenidato em comparação aos estudantes que não fazem o uso desse medicamento. Para isso, foi aplicado o teste de desempenho escolar (TDE) de Lilian Milnistky Stein, com crianças do sexto ao nono ano, com faixa etária de 11 a 14 anos, de ambos sexos, diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e que recebem atendimento educacional especializado – Sala de Recursos Multifuncionais – SRM no contra turno escolar. A não autorização dos responsáveis em permitir que a criança participe da pesquisa foi o único critério de exclusão. O TDE é composto por três subtestes referentes a cada uma dessas áreas, são elas: leitura, avaliada através da capacidade de reconhecimento de palavras isoladas do contexto; escrita, avaliada através da escrita do nome próprio e de palavras contextualizadas, apresentadas sob a forma de ditado e aritmética, avaliada através da solução oral de problemas e cálculo de operações aritméticas por escrito, composto de cálculos aritméticos com grau de dificuldade crescente.

A amostra constitui-se de dois grupos, ambos com crianças do sexo masculino e feminino. O grupo 1, composto por 5 alunos, sendo um do sexo feminino e quatro do sexo masculino, é constituído de estudantes que iniciaram o tratamento do TDAH com metilfenidato, no entanto interromperam o tratamento a mais de um ano e estudantes que nunca iniciaram o tratamento medicamentoso. O grupo 2, composto por 4 alunos, sendo um do sexo feminino e três do sexo masculino, é constituído de estudantes que fazem o uso de metilfenidato regularmente.

A aplicação do TDE foi feita de forma individual pela psicóloga responsável, observando as condições padrão de iluminação, controle de ruídos e acomodações, que são comuns a outros exames psicopedagógicos, sendo necessário um tempo de aproximadamente 20 a 30 minutos para a aplicação do teste com cada aluno, os resultados obtidos foram convertidos em uma tabela, sendo classificado em: superior, médio e inferior para cada série escolar, a qual foi utilizada para comparação de desempenho de um aluno para outro.

RESULTADOS

Da amostra inicial de 20 alunos, apenas 12 estavam aptos a realizar a pesquisa pois enquadravam-se no grupo de estudantes que recebem

atendimento educacional especializado – Sala de Recursos Multifuncionais – SRM no contra turno escolar. Desses 12, apenas 9 foram autorizados pelos pais ou responsáveis, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a participar da pesquisa, dentre eles a maioria (n=7) eram do sexo masculino (77,8%). A média de idade foi de aproximadamente 12 anos.

A amostra foi dividida em dois grupos, a tabela 1 representa o primeiro grupo, constituído de estudantes que iniciaram o tratamento do TDAH com metilfenidato, no entanto interromperam o tratamento a mais de um ano e estudantes que nunca iniciaram o tratamento medicamentoso. A tabela 2 representa o segundo grupo, constituído de estudantes que fazem o uso de metilfenidato regularmente. O Grupo 1 é formado por 4 indivíduos do sexo masculino (estudantes 1,2,3 e 5) e apenas um do sexo feminino (estudante 4), já o grupo 2 é formado por 3 indivíduos do sexo masculino (estudantes 6,7 e 8) e apenas 1 do sexo feminino (estudante 9).

Este estudo reforça as observações de que há uma maior prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre meninos (ROHDE; HALPERN, 2004). Ademais, ao observar o desempenho dos alunos nas três categorias que o teste de desempenho escolar (TDE) abrange, os resultados foram interessantes. Na tabela 1 é observado resultados muito variáveis dentro de cada categoria representada, mesmo não fazendo uso de metilfenidato para o tratamento do TDAH, a maioria dos estudantes conseguiram atingir em pelo menos um dos subtestes um desempenho acima da média para sua idade e ano escolar, além disso é constatado que o subteste de cálculo foi a categoria em que a maioria desses alunos obteve um desempenho escolar abaixo da média.

Tabela 1. Resultado do TDE dos alunos que já fizeram uso de metilfenidato (estudantes 2,3 e 5), mas interromperam o uso a mais de um ano e que nunca usaram o medicamento (estudantes 1 e 4), nos subtestes de escrita, leitura e cálculo.

	ESCRITA	LEITURA	CÁLCULO
Estudante 1	Acima da média	Acima da média	Abaixo da média
Estudante 2	Acima da média	Abaixo da média	Acima da média
Estudante 3	Abaixo da média	Abaixo da média	Abaixo da média
Estudante 4	Acima da média	Acima da média	Na média
Estudante 5	Abaixo da média	Abaixo da média	Abaixo da média

Fonte: o autor.

Tabela 2. Resultado do TDE dos alunos que fazem uso de metilfenidato, nos subtestes de escrita, leitura e cálculo.

	ESCRITA	LEITURA	CÁLCULO
Estudante 6	Abaixo da média	Abaixo da média	Abaixo da média
Estudante 7	Abaixo da média	Abaixo da média	Acima da média
Estudante 8	Abaixo da média	Abaixo da média	Abaixo da média
Estudante 9	Abaixo da média	Acima da média	Abaixo da média

Fonte: o autor.

Na tabela 2 é observado que os estudantes, mesmo utilizando metilfenidato para o tratamento de TDAH obtiveram, na maioria dos subtestes, desempenho abaixo da média para sua idade e ano escolar.

Sendo constatado que, de maneira geral, os alunos que não fazem mais

ou nunca fizeram uso de metilfenidato para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) obtiveram resultados mais satisfatórios no teste de desempenho escolar de Lilian Milnistky Stein, em comparação aos alunos que utilizam metilfenidato regularmente.

DISCUSSÃO

O menor desempenho escolar no grupo 2, comparativamente, aos alunos do grupo 1 vai contra a expectativa de que os indivíduos tratados com metilfenidato teriam um desempenho melhor do que os indivíduos que não utilizam o medicamento. Esse resultado pode ter uma relação com outros fatores determinantes do TDAH, como sugerem estudos, um contexto familiar conturbado atua como um fator de risco que pode desencadear a manifestação dos sintomas e alterar o decorrer do transtorno, influenciando até mesmo no seu tratamento (CARLSON et al; HECHTMAN; MIRANDA et al; PRESENTACIÓN et al, 2013). Ademais supõe-se que essa patologia é fortemente influenciada pela condição psíquica do paciente. O fato do grupo 2 apresentar resultados insatisfatórios em relação ao TDE mesmo com o tratamento medicamentoso reforça a ideia de que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é uma patologia multifatorial, apresentando uma base neurológica, psíquica e social que tem forte influência sobre as manifestações dos sintomas.

Em relação aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, característicos do TDAH, os estudantes do grupo 2 tiveram uma melhora significativa, os alunos ainda apresentam parte desses sintomas, no entanto em um grau significativamente inferior ao grau apresentado antes de iniciar a medicação, segundo relato da professora que os atende na Sala de Recursos Multifuncionais. Contudo entre os estudantes do grupo 1, os quais não fazem tratamento medicamentoso esses sintomas se tornam muito evidentes, durante a aplicação do TDE, metodologia utilizada para o estudo em questão, permaneceram um tempo maior para concluir os três testes aplicados, apresentando-se muito dispersos, desatentos, necessitando constantemente de orientação para finalizar a atividade, já o mesmo não ocorreu com os alunos do grupo 2, os quais fazem tratamento medicamentoso, ao alunos concluíram os testes em menor tempo, apresentavam-se mais atentos necessitando de menor orientação para a conclusão da atividade.

Outro fato de grande influência nos resultados obtidos, principalmente em relação ao maior desempenho dos estudantes do grupo 1 é o tempo de diagnóstico e de acompanhamento na sala de recursos multifuncionais. É observado que os alunos do grupo 1 que obtiveram resultados acima da média para pelo menos um subteste foram diagnosticados como portadores de TDAH a pelo menos 3 anos, e a idade na qual foi feito o diagnóstico está entre 9 e 10 anos de idade. Em relação ao grupo 2, no qual os estudantes apresentaram desempenho abaixo da média para a maioria dos subtestes, foram diagnosticados como portadores de TDAH a no máximo 2 anos, sendo acompanhados na sala de recursos multifuncionais por um período de tempo menor que os estudantes do grupo 1, justificando a disparidade dos resultados. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade surge antes dos sete anos

de idade, quanto mais cedo for feito o diagnóstico e iniciado o tratamento adequado menor serão as consequências para a vida do portador, entre essas consequências estão as da vida escolar da criança (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002). Ao comparar o estudante 2 do grupo 1 (sem tratamento medicamentoso) com o estudante 1 do grupo 2 (em tratamento medicamentoso) a influência do tempo de diagnóstico torna-se evidente, ambos estudantes tem 13 anos de idade, o estudante 2 foi diagnosticado com 9 anos de idade, iniciou o tratamento com metilfenidato por um ano, mas está sem a medicação a 3 anos, o estudante 1 foi diagnosticado com 11 anos de idade e está em uso de metilfenidato a 2 anos sem interrupção, a diferença de tempo diagnóstico e acompanhamento na sala de recursos entre os estudantes é de apenas dois anos, no entanto o estudante 2 mesmo sem uso de metilfenidato apresentou um desempenho escolar superior em relação ao estudante 1 que faz uso do medicamento.

Quanto aos motivos pelos quais os estudantes do grupo 1 não aderiram ao tratamento medicamentoso, o principal é a não aceitação dos pais quanto ao fato de seus filhos apresentarem o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, muitos afirmam que em casa os alunos são crianças tranquilas, obedientes, que fazem bagunça como qualquer outra criança de idade correspondente, no entanto é comum que esse diagnóstico seja feito no período escolar, pois o fato está relacionado com a maior evidência dos sinais durante o ingresso das crianças nas atividades escolares, pois a partir desse momento a criança amplia o seu sistema social – do núcleo familiar para o escolar e as dificuldades de relacionamento com professores e colegas tornam-se notórias (ARAÚJO; SILVA, 2003). Em segundo lugar para a falta de adesão ao tratamento é a dificuldade para agendamento de consulta com o neurologista, portanto essas crianças ficam sem acompanhamento médico por um longo período e acabam por abandonar ou nem iniciar o tratamento com metilfenidato. E por último, entre as crianças que iniciaram o tratamento e interromperam o seu uso, alguns queixaram-se de efeitos colaterais indesejados como dificuldade para dormir, sendo este um efeito esperado nos primeiros dias de uso e que provavelmente por falta de orientação médica, associada a dificuldade de consulta com o neurologista levaram os pais a interromper o tratamento.

CONCLUSÃO

Observa-se resultados contraditórios em relação aos benefícios do uso ou não de metilfenidato, uma vez que o grupo sem tratamento medicamentoso obteve desempenho escolar maior que o grupo em tratamento medicamentoso para TDAH, confirmando os resultados de estudos que avaliam as influências sociais e psíquicas, além da neurobiológica no desenvolvimento do TDAH, dessa maneira o tratamento medicamentoso combate apenas uma das influências que geram o transtorno, sendo necessário uma visão ampliada no momento de escolha de um tratamento efetivo. Há evidências de melhora significativa nos sintomas característicos do transtorno com uso da Ritalina, no entanto seu uso isolado não é suficiente para o tratamento, sendo necessário o envolvimento de múltiplos profissionais a fim de combater as múltiplas influências que levam ao

desenvolvimento do transtorno. O esclarecimento dessas múltiplas influências é necessário, uma vez que fornecerá embasamento para intervenções mais efetivas no tratamento do TDAH.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ARAUJO, M.; SILVA, S. A. P. S. **Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças**: alerta para pais e professores, 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd62/atenção.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social. In: CAPONI, S. et. al. (Org.). **Medicalização da vida**: ética, Saúde Pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Editora Unisul, 2010.

CALIMAN, L.V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008.

CARLSON, E.A.; JACOBVITZ, D.; SROUFE, L.A. A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. **Child Development** n.66, p.37-54, 1995.

DOMINGUES, L.; ZANCANELLA, S.; BASEGGIO, D.B. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: um olhar voltado para a escola. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.39, p.<149-163>, jul./dez. 2013.

FERRAZA, D.A.; ROCHA, L.C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. R. **Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.8, n.2, p. 237-251, Jul./Dez. 2011.

FOLQUITTO, C.T.F. **Desenvolvimento psicológico e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)**: a construção do pensamento operatório. São Paulo.138 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, 2009.

GUILHERME, P.R. et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.3, p. 201-207, 2007.

KNIJNIK, L.F.; GIACOMONI, C.; STEIN, L.M. Teste de Desempenho Escolar: um estudo de levantamento. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 407-416, set/dez. 2013.

LEITE, E.G.; BALDINI, N.L.F. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e metilfenidato: uso necessário ou induzido? Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.2, n.1, 2011. Disponível em: http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/76/pdf_1. Acesso em: 20 fev. 2017.

RODHE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J pediatria*. (Rio J). 2004; 80(2 Supl): S61-S70.

SOUZA, I. G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 56 (supl 1): 1418, 2007.

ULLOA, C. S. La controvercial Ritalina: Cómo és su consumo em Costa Rica? **Problación y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica**. Volumen 4, número 2, artículo 5. Enero – Junio, 2007.

VASCONCELOS, M.M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** v. 63, n.1, p.68-74, 2005.