

Escola Superior de Altos Estudos

Artigos e Dissertações

A HIPERACTIVIDADE EM FILHOS DE MÃES TOXICODPENDENTES

Carlos Jorge Simões

Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde - 'A Hiperactividade em Filhos de Mães Toxicodependentes: Estudo Descritivo-Correlacional'

Orientador: Jorge Caiado Gomes

Data da defesa: 20/06/2003

A hiperactividade é um problema que afecta uma grande parte de crianças na fase pré-escolar com repercussões para a vida futura. Caracteriza-se essencialmente por um padrão persistente de falta de atenção e/ou irrequietude e impulsividade, cuja frequência e severidade é maior do que o tipicamente observado em indivíduos com um nível comparável de desenvolvimento. Estas crianças estão em maior risco de apresentarem problemas de conduta, depressão, problemas de aprendizagem, abandono escolar e outros problemas psicológicos, do que outras crianças da mesma idade.

Um dos grandes desafios que têm sido lançados tanto pelos profissionais que trabalham com crianças como pelos pais que têm filhos hiperactivos, é a determinação da sua causa.

Apesar de muitas investigações feitas a nível mundial, ainda hoje não se conhece com exactidão a sua causa, embora existam estudos que apontem para a sua origem como: factores genéticos, factores pré, peri e pós-natais (caso de drogas, tabaco, álcool, anóxia, traumatismos cranianos, etc.), factores psicossociais e familiares, alterações neurológicas, consumo de alimentos aditivos e açúcar refinado, etc.

A opinião mais generalizada entre os peritos, é a de que as condutas hiperactivas são heterogéneas na sua origem. Apesar de tudo, penso que existem poucos estudos efectuados sobre a hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes, o que levou a me dedicar a esta temática na minha investigação.

Os objectivos gerais deste trabalho são:

- Analisar a ocorrência de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes.
- Relacionar alguns factores biopsicossociais e culturais, que poderão estar associados à causalidade de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes.
- Caracterizar as díades mãe-filho em estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hiperactividade

É diversificada a terminologia pela qual é conhecida esta problemática, tendo como base os modelos teóricos que utilizam como referência (médico, pedagógico e psicológico), sobre os transtornos infantis.

Dentro do modelo médico, inclusivamente existem diferenças no conceito de hiperactividade consoante o especialista que se consulta. Assim, o neurologista insiste mais em deficiências ou anomalias cerebrais, enquanto o psiquiatra considera que este transtorno se caracteriza essencialmente por uma actividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade.

No modelo pedagógico, a hiperactividade infantil relaciona-se com deficiências perceptivas e dificuldades de aprendizagem.

Enquanto que o modelo psicológico, define a perturbação a partir da avaliação do comportamento da criança em ambientes e situações específicas em que tal perturbação aparece, salientando portanto, a existência de um padrão de condutas correctas que se manifesta em resposta a condições ambientais adversas (Garcia 2001).

Para alguns especialistas a hiperactividade é uma síndrome, que tem provavelmente uma origem biológica ligada a alterações do cérebro, causadas por factores hereditários ou resultantes de uma lesão, enquanto que para outros constitui um modelo de conduta persistente em situações específicas.

Ao longo deste trabalho, independentemente do modelo em causa, irei abordar esta problemática utilizando a terminologia de 'hiperactividade'.

A hiperactividade infantil, ao longo dos tempos, nunca reuniu um consenso entre os vários especialistas, sobre a definição e os termos mais adequados para a caracterizarem. No entanto parece haver um acordo generalizado quanto ao comportamento destas crianças. A maioria dos investigadores coincidem que esta se caracteriza por um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperactividade e impulsividade, cuja frequência e a severidade é maior do que o tipicamente observado em indivíduos com um nível comparável de desenvolvimento. Estas crianças estão em maior risco de apresentarem problemas de conduta, depressão, problemas de aprendizagem, abandono escolar e outros problemas psicológicos, do que outras crianças da mesma idade.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) no seu Manual de Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais, publicado em 1994 (DSM-IV), para referir os indivíduos que apresentam comportamentos hiperactivos, utiliza a expressão que se começa a generalizar entre nós, desordem por défice de atenção com hiperactividade (DDAH) e que se caracteriza por um 'padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade - hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento'.

Na prática poderemos dizer que uma criança com DDAH, manifesta na sua actividade diária padrões comportamentais em que a actividade motora é muito acentuada e inadequada ou excessiva. Estas crianças têm muita dificuldade em permanecer no seu lugar, mexem-se ou baloiçam-se continuamente e mantêm um relacionamento difícil com os seus colegas (intrometem-se nas suas brincadeiras), não prestam atenção e precipitam as respostas. As crianças com DDAH manifestam sinais de desenvolvimento inadequado em relação à sua idade mental e cronológica, nos domínios da atenção, da impulsividade e da actividade motora.

A primeira característica da hiperactividade, provavelmente a mais importante, consiste na dificuldade pela criança em controlar a sua atenção na altura em que tem uma tarefa a desempenhar e, portanto manter-se atenta quando a situação o exige. Sobretudo, parece incapaz de se concentrar o tempo suficiente quando a tarefa é um pouco longa, repetitiva e monótona, cometendo mais erros que as crianças normais (Falardeau 1999).

A atenção é um requisito fundamental para o processo de aprendizagem, devendo ser selectiva e contínua, isto é, orientada para um estímulo relevante de entre outros e manter-se nele por um período de tempo alargado. A atenção de uma criança com esta problemática dispersa-se facilmente com estímulos irrelevantes para a tarefa que está a realizar.

No que se refere à irrequietude ou à actividade motora excessiva existem muitos dados empíricos a mostrar que as crianças hiperactivas se situam claramente acima da média das crianças normais da sua idade.

No que se refere à impulsividade, esta tem manifestações a nível emocional e cognitivo. A falta de controlo emocional leva a criança a agir sem reflectir e sem avaliar as consequências dos seus actos, numa busca imediata de satisfação do desejo sentido, ou seja, a criança toma decisões sem considerar devidamente as suas consequências, não tem capacidade de pensar antes de agir, o que a conduz a dirigir palavras agressivas aos outros, palavras que rapidamente esquecem, mas que são mal recebidas sobretudo pelos adultos em posição de autoridade tal como os professores e os directores das escolas. Estas crianças também experimentam uma grande dificuldade em esperar a sua vez numa actividade de grupo, dificuldade que se traduzirá por agitação ou por recusa em participar, ou ainda por tentativas grosseiras de tomar o lugar dos que têm a vez. A criança hiperactiva apresenta uma grande ingenuidade na sua forma de intervir. É de salientar que estas crianças também são mais propensas a acidentes em virtude da sua impulsividade ou aparente baixa consciência de risco (Falardeau 1999).

A nível cognitivo, as manifestações de impulsividade afectam sobretudo o desempenho escolar. Um comportamento cognitivo impulsivo leva a criança a responder aos estímulos sem um processo adequado de análise da informação percebida. Assim, pode apresentar dificuldades nas tarefas mais complexas como a leitura, a escrita e a matemática.

O interesse pelo estudo da hiperactividade não é apenas de hoje. As primeiras descrições de sintomas algo semelhantes ao DDAH, encontram-se já em estudos nos finais do século XIX. No entanto é a partir dos anos sessenta que se vai dando uma ênfase cada vez maior às manifestações comportamentais deste distúrbio.

Nos últimos 30 anos têm ocorrido muitas mudanças a nível dos critérios de diagnós-

tico da hiperactividade, assim como o esclarecimento da sua etiologia. De acordo com o modelo elaborado por Barkley (1995), as crianças hipercinéticas caracterizavam-se por défices nas seguintes capacidades: separar factos de sentimentos, criar e distinguir o sentido do passado e do futuro, desenvolver o controlo de si próprio e a linguagem interior, de compor e recombinar informações.

Muitos modelos para a explicação da hiperactividade têm sido estudados, mas até hoje, nenhum conseguiu uma explicação completa. Inclusivamente muitas das vezes estes modelos são contraditórios entre si e inconsistentes.

A hiperactividade é considerada uma forma de psicopatologia mais frequente na infância, variando muito as suas taxas de prevalência variam muito de estudo para estudo. Estas oscilações variam segundo: o investigador, o local onde os estudos são realizados, os critérios de diagnóstico utilizados (DSM-IV, CID-10, etc); o conceito e definição de hiperactividade admitido pelos vários especialistas (psicólogo, pediatra ou psiquiatra); a fonte de informação consultada (pais, docentes, médicos, etc.) e as diferentes metodologias utilizadas para identificar tais problemas.

Esta heterogeneidade não é menor a nível dos instrumentos e das fontes de informação. As fontes de estudo podem ser só as informações dadas pelos pais ou professores, enquanto que outros exigem a informação prestada pelos dois, e por vezes ainda utilizam o diagnóstico de um especialista de saúde mental infantil (psicólogo, psiquiatra ou pediatra). Por isso não é de admirar que os resultados dos estudos sejam por vezes muito diferentes (Fonseca 1998).

De acordo com alguns dados da literatura existente a taxa de prevalência pode ir até 14% ou mais, se nos centrarmos só em estudos com grupos de rapazes (Statin et al. 1985; Taylor et al. 1991). No grupo das raparigas esses valores são bastante mais baixos e oscilam entre os 2 e os 9%. Em estudos que utilizaram os critérios estabelecidos pelo DSM-IV (APA 1994), a prevalência da hiperactividade está estimada em 3-5% nas crianças em idade escolar, sendo a maior parte do sexo masculino, cerca de 80 a 90%. Vários estudos têm sido feitos em todo o mundo e parece haver diferentes resultados consoante os diferentes grupos étnicos, de diferentes culturas e religiões e os diferentes grupos sócio-económicos. Em Portugal os estudos sobre a hiperactividade da criança e do adolescente são ainda raros, no entanto, os estudos realizados na região de Coimbra revelam uma taxa de 4,3%, registando-se como seria de esperar, uma maior prevalência nos rapazes do que nas raparigas na proporção de 2 para 1 (Fonseca et al. 1995).

Um dos grandes desafios que têm sido lançados tanto pelos profissionais que trabalham com crianças como pelos pais que têm filhos hiperactivos é a determinação da sua causa. Apesar de se terem feito muitas investigações a nível mundial, ainda hoje não se conhece com exactidão qual a sua causa. Alguns investigadores com o decorrer dos anos e após muitos estudos, pensam que na sua origem podem estar: factores genéticos, factores pré, peri e pós-natais (caso de drogas, tabaco, álcool, anóxia, traumatismos crânio-encefálicos, etc.). O consumo de alimentos aditivos e açúcar refinado, alterações neurológicas, (neuroanatómicas e neurofisiológicas) e factores psicossociais e familiares relacionados com a criança e outros. Contudo não existem dados concludentes que indiquem que qualquer destes elementos separadamente seja o responsável último pela perturbação. A opinião mais generalizada entre os peritos é a de que as condutas hiperactivas são heterogéneas na sua origem.

Avaliação Psicológica e Diagnóstico da Hiperactividade

Durante muitos anos as investigações psicológicas e neuroquímicas, têm avançado para o conhecimento da hiperactividade, no entanto sem esquecer a observação clínica, as histórias dos pais e professores têm um papel essencial para o diagnóstico.

As crianças hiperactivas constituem um grupo muito amplo, diverso e heterogéneo, no que diz respeito às condutas que manifestam, aos ambientes em que aparecem e às causas que parecem justificá-las, portanto é imprescindível tomar medidas comuns para identificar e diferenciar estas crianças de outras com outros problemas (Moreno 1995).

A avaliação deste distúrbio não é alheia a esta situação, daí que se desenvolva dentro de uma perspectiva multidisciplinar, pois tem em conta os dados proporcionados por provas de natureza distinta e por especialistas de diferentes áreas. Assim, para Garcia (2001), na avaliação da criança hiperactiva intervêm vários profissionais, fundamentalmente médicos (neurologistas, pediatras, psiquiatras), psicólogos e professores. Estes realizam exames neurológicos e pediátricos, aos quais se acrescentam avaliações da conduta infantil em casa e na escola, estudos sobre os factores psicológicos que podem influir no rendimento académico da criança.

Neste sentido, existem escalas que descrevem os sintomas de atenção, hiperactividade e impulsividade (Escala de Conners, a escala de problemas de atenção do inventário de comportamento de crianças e adolescentes, escala de inteligência de Weschsler para crianças, etc.). Estas escalas podem ser úteis como ferramentas auxiliares no processo de diagnóstico, mas não servem como instrumentos isolados.

A avaliação psicológica inclui o recurso a vários métodos: entrevistas, escalas de avaliação, inventários, observação directa do comportamento, procedimentos de auto-monitorização, tarefas experimentais e testes psicológicos (Simões 1998).

Tratamento da Hiperactividade

O tratamento das crianças hiperactivas só deve ser considerado após uma avaliação completa efectuada por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. Trata-se de um tratamento complexo que não deve ser empreendido simplesmente porque uma criança é agitada ou porque adopta um comportamento irreflectido, pois as crianças que incomodam estão longe de serem todas hiperactivas (FALARDEAU, 1999).

Antes de começar o tratamento terá de ser efectuado um diagnóstico exaustivo relativamente às causas possíveis da doença. Qualquer terapia sensata trata o problema pela sua raiz.

O tratamento da hiperactividade consiste desde há várias décadas, basicamente na administração de fármacos, assim como na aplicação de métodos comportamentais e cognitivos. Combinando ambas as terapias, pretende-se que os efeitos conseguidos se somem e acumulem para conseguir que a criança melhore globalmente e que esta melhoria seja estável e sustentada ao longo do tempo. O tratamento da hiperactividade é sintomático e não curativo. Os componentes mais importantes são a informação e a educação.

A experiência acumulada durante anos de administração de psicoestimulantes e aplicação de procedimentos comportamentais e cognitivos, demonstra que nenhum dos métodos só por si serve para melhorar o comportamento das crianças hiperactivas

nas suas diferentes áreas afectadas. Daí que os especialistas tenham começado a sugerir a conveniência de intervenções multimodais, resultantes da combinação de terapias farmacológicas e comportamentais-cognitivas.

Toxicodependência

Toxicodependência é um conceito que cobre um conjunto de realidades muito diferentes. Embora não seja só a substância a responsável por diferenças importantes, nas suas características e gravidade, a verdade é que, a heroína, a cocaína, o haxixe, as anfetaminas, os alucinogénios, etc., originam dependências diferentes, embora com características comuns. Poderemos considerar que a toxicodependência é a relação particular que um indivíduo tem e mantém com uma ou várias substâncias psicoactivas, isto é, com substâncias capazes de alterar o estado de consciência do indivíduo.

Porot (1953 cit, in Santos 2000) considera que toxicodependência é a apetência anormal e prolongada de determinado indivíduo para determinada substância psicoactiva, apetência essa que rapidamente se torna um hábito e que conduz ao inevitável aumento progressivo das doses de substância a fim de alcançar o efeito desejado.

A entrada da mulher no mundo do trabalho leva-a a entrar em competição com o homem, começando esta a frequentar espaços e a adoptar comportamentos que até aqui eram apenas masculinos. É neste contexto que a mulher começa a desenvolver comportamentos não usuais, começando-se a revelar, de uma forma acentuada, o consumo de substâncias psicoactivas. O uso (e abuso) de substâncias psicoactivas abandona a exclusividade masculina, estendendo-se agora ao sexo feminino, proliferando em todas as camadas sociais. A toxicodependência, seja enquanto comportamento individual, seja enquanto fenómeno social, é profundamente atravessada pelos padrões culturais, normas e concepções de género.

A mulher toxicodependente parece ser mais susceptível de apresentar complicações no decurso da gravidez do que a população feminina em geral. Assim, a gravidez comporta riscos inerentes ao estilo de vida, às modalidades de consumo e aos efeitos das drogas no desenvolvimento do feto. Existe um maior risco de aborto espontâneo e a morte fetal, a ruptura prematura de membranas e conseqüente parto pré-termo, provavelmente relacionados com o aumento da irritabilidade uterina durante períodos de suspensão temporária do consumo da droga. Verifica-se também a insuficiência placentar, a asfíxia intra-uterina e os danos cerebrais. A restrição ao crescimento fetal é quase uma regra, na mulher toxicodependente. Estes fetos não atingem, na vida intra-uterina, o seu potencial genético de crescimento, situando-se, maioritariamente, o peso dos recém-nascidos entre os 2.500 e os 3.000 gramas. Após o nascimento muitas das vezes verifica-se a existência de síndrome de abstinência (privação) e a síndrome de insuficiência respiratória, assim como malformações fetais.

Na perspectiva relacional, os laços de vinculação na díade mãe toxicodependente - filho são afectados, contribuindo para isso a ansiedade da mãe face ao filho, sentimentos de insegurança e de culpa, baixa auto-estima, dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais, intoxicação constante ou síndrome de abstinência materno. O recém-nascido, por seu lado, também pode apresentar características que contribuam para a dificuldade do estabelecimento da relação precoce, tal como a prematuridade, o

baixo peso, a asfixia neo-natal, as infecções acrescidas e as manifestações do síndrome de abstinência da criança, (irritabilidade, dificuldade em dormir, agitação frequente e a fome voraz).

A Interação Precoce Mãe-Filho

O estudo da interação mãe-filho tem-se revelado, desde há alguns anos, um campo promissor no âmbito da psicologia do desenvolvimento e de outras áreas afins. O interesse do estudo da interação mãe-filho é fundamentado no interior de importantes paradigmas conceptuais da psicologia. A investigação no domínio do desenvolvimento social e emocional da criança tem uma história que, embora breve, é marcada por mudanças profundas no modo como a criança é vista, nos métodos utilizados para investigar e, fundamentalmente, nas questões que são postas no seu estudo.

Actualmente, a investigação no domínio da interação mãe-filho dirige os esforços no sentido de tornar a interação mãe-filho num conceito cada vez mais operacional. Os estudos mais recentes incidem na construção de grelhas que permitem a avaliação desta interação em contextos diversos. Incidem também na elaboração de programas de intervenção com vista à promoção da interação mãe-filho, baseados na identificação que se faz das características da conduta interactiva materna, mais importante para o desenvolvimento da criança.

Na interação mãe-filho, o tipo de relação que a mãe estabelece com o bebé está profundamente ligado às suas vivências anteriores como filha e como mulher, e às suas próprias experiências precoces de vinculação. Por seu lado a criança nasce com um equipamento de base, sensorial e motor, fortemente orientado para a gestalt humana e com capacidades inatas de receber a comunicação humana e estabelecer interações sociais precoces. Por outro lado, o conhecimento que o bebé adquire a respeito das pessoas e os comportamentos que ele aprende a ter para com elas resulta originalmente da interação que mantém com a mãe e dos diferentes comportamentos que a mãe exhibe nessa circunstância. Dado que o bebé nos primeiros meses de vida não é capaz de uma acção independente, a interação com a mãe é a única forma que ele dispõe para conhecer a si, os outros e o mundo em geral. A interação mãe-filho pode então ser considerada uma experiência crucial ou crítica para o desenvolvimento da criança, pois é a mãe que vai moldar a experiência futura da criança com o mundo, pessoas e objectos.

Estudos recentes mostram que os padrões de vinculação precoce determinam não só os modelos das relações afectivas futuras, mas também influenciam o desenvolvimento dos sentimentos de identidade e condicionam o aparecimento de psicopatologia na infância (Palminha 1993).

A interação mãe-filho poderá funcionar para a criança como um factor facilitador e estimulador ou como um factor dificultante e inibidor do seu desenvolvimento, dependendo da qualidade da interação.

Para Figueiredo (2001), o interesse do estudo da interação precoce, justifica-se a vários níveis, sendo particularmente relevante, pelo facto da qualidade da interação mãe-bebé, ser um factor muito determinante para o desenvolvimento e bem-estar da criança. Determinadas dificuldades interactivas têm sido associadas a problemas comportamentais do bebé, o que parece indicar que certo tipo de conduta hiperactiva

materna condiciona o desenvolvimento de problemas comportamentais por parte da criança, constituindo-se em circunstâncias de risco para a mesma.

METODOLOGIA

Objectivos do Estudo

- Analisar a ocorrência de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes.
- Relacionar alguns factores bio-psico-sociais e culturais que poderão estar associados com a causalidade da hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes.

Há ainda outros objectivos complementares:

- Caracterização das mães toxicodependentes em estudo.
- Caracterização dos filhos em estudo.

Questões de Investigação

- Qual a prevalência de crianças com hiperactividade, em filhos de mães toxicodependentes?
- Existe relação entre a presença de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e a classe social das mães?
- Existe relação entre a presença de hiperactividade, em filhos de mães toxicodependentes e o tipo de droga consumida pela mãe?
- Existe relação entre a presença de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e o seu peso à nascença?
- Existe relação entre o aparecimento de hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e aspectos da interacção precoce mãe-filho?
 - amamentação da criança
 - ser o principal prestador de cuidados da criança
 - ter-se separado da criança no primeiro ano de vida
- separação por motivos vários
- separação por internamento da criança

Procedimentos Gerais

O problema de investigação foi formulado com base em trabalhos realizados anteriormente, relacionados com o assunto o que nos permitiu definir um quadro de referência teórica ou conceptual apropriado. O tipo de investigação foi definindo, formulando algumas questões consideradas pertinentes e determinando os métodos a utilizar para obter resposta a estas questões. Foi ainda escolhida a população e os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados, verificando a sua fidelidade e validade.

Neste sentido, foram pedidas as respectivas autorizações a todos os directores das instituições, para podermos passar os instrumentos de colheita de dados. Contactei, também, alguns profissionais das mesmas instituições (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e animadores sociais), a fim de definirmos algumas estratégias para colher os dados, devido à particularidade desta população (pessoas com alguma aversão a responder a inquéritos, muito mais por pessoas estranhas ao seu meio). Por várias razões apontadas por estes profissionais considerei que, para não desvirtuar as

respostas dos questionários, assim como a recusa do seu preenchimento, seria de toda a conveniência estes serem passados pelos profissionais que lidavam directamente com estas utentes. Portanto, foi necessário, em cada instituição, preparar uma pessoa, informando-a como funcionava o questionário, para ela o poder passar às suas utentes.

A colheita de dados foi efectuada entre o dia 1/11/02 e 25/01/03.

População/Amostra

A população em estudo, engloba díades mãe-filho, em que o filho teria que ter uma idade compreendida entre os 3 e os 11 anos, à data actual da aplicação do instrumento de colheita de dados e a sua mãe teria que ter sido consumidora de drogas, durante parte ou a totalidade da gravidez da criança em estudo.

A amostra é uma amostra por conveniência, constituída por 60 díades mãe-filho, retiradas de toda a população do CAT de Coimbra, CAT Aveiro, CAT de Pombal, comunidade terapêutica 'Arco Íris', comunidade terapêutica 'Lua Nova', comunidade terapêutica 'Sol Nascente', equipa de rua de 'Florinhas do Vouga' e outras díades que respeitavam os critérios por nós atrás referenciados.

Variável Dependente

Hiperactividade

A hiperactividade foi avaliada através da escala de Conners revista (forma reduzida), para pais e para professores (descrita no instrumento de colheita de dados).

Variáveis Independentes

Mães Toxicodependentes

Neste estudo, foram consideradas mães toxicodependentes, todas aquelas que durante toda ou parte da gravidez do filho em estudo, consumiram pelo menos um tipo de droga ilícita (canabis, sedativos, cocaína, heroína), ou ainda o álcool e medicamentos sedativos sem prescrição médica.

Classe Social das Mães

Esta foi definida tendo por base os critérios de estratificação social de Graffar. Desta forma foram classificadas segundo os seguintes itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento principal, tipo de habitação e local de residência. Consoante a pontuação total da soma dos 5 itens, foram colocadas em 5 classes: Classe social alta; Classe social média / alta; Classe social média; Classe social média / baixa; Classe social baixa .

Tipo de Droga Consumida

Nesta investigação, independentemente das drogas serem consumidas individualmente ou associadas a outras, considerei os seguintes tipos de drogas: Álcool, cannabis, sedativos, cocaína, heroína e associações de drogas

Peso à Nascimento

A variável foi dicotomizada em crianças de baixo peso, todas as que tinham peso inferior a 2500 gramas e de peso normal todas as que apresentassem um peso superior ou igual a 2500 gramas.

Aspectos de Interação Precoce

Para observar a relação do aparecimento de hiperactividade e a interação precoce mãe-filho, foram caracterizados alguns aspectos de interação das díades em estudo. Assim, foram avaliadas as variáveis 'Amamentação', 'Principal prestador de cuidados à criança no 1º ano de vida' e 'Separação da díade no 1º ano de vida'.

- *Amamentação* – Neste aspecto, foram considerados dois grupos: As mães que amamentaram (independentemente do tempo que o fizeram) e as mães que não amamentaram.

- *Principal prestador de cuidados à criança no 1º ano de vida* – Esta variável foi operacionalizada em duas classes: Em que o principal prestador de cuidados foi a mãe e em que o principal prestador de cuidados foi outra pessoa, que não a mãe.

- *Separação da díade no 1º ano de vida* – A separação das díades foi considerada, por dois motivos: Quando houve separação por motivos vários e quando houve separação por motivo de internamento da criança. No mesmo estudo ambas as variáveis foram operacionalizadas da mesma maneira, dividindo-as em dois grupos: Sem separação, quando a mãe esteve sempre presente e com separação, quando a mãe esteve ausente.

Instrumento de Colheita de Dados

Para a realização deste estudo, utilizaram-se dois instrumentos de colheita de dados: um instrumento de colheita de dados para as mães e um instrumento de colheita de dados para os professores.

O instrumento de colheita de dados para as mães era composto por duas partes. Uma primeira parte que foi elaborada com base no questionário utilizado por Palminha (1993), no qual constituíram-se itens de recolha de dados que nos permitissem fazer uma caracterização sócio-demográfica da mãe, caracterização familiar, hábitos de consumo, caracterização da criança à nascença e caracterização da relação precoce mãe-filho (durante o primeiro ano de vida). Uma segunda parte constituída pela escala de Conners para pais - versão revista (forma reduzida), traduzida e adaptada por Ana Rodrigues (2000), com 27 itens.

O instrumento de colheita de dados para professores era constituído pela escala de Conners para professores – versão revista (forma reduzida), traduzida e adaptada por Ana Rodrigues (2000), com 28 itens.

As escalas de avaliação de Conners - revistas (forma reduzida), permite-nos avaliar a hiperactividade em crianças e adolescentes entre os 3 e os 17 anos. A versão por nós utilizada é a mais recente, publicada em 1997 por Conners e traduzida e adaptada para a população portuguesa em 2000 por Ana Rodrigues. Consta de uma escala tipo Likert para pais com 27 itens e uma escala para professores com 28 itens, relativos a diversos problemas de comportamento, que podem ser observados em casa, na rua, na escola, etc. A tarefa dos pais e dos professores é indicar se a característica do comportamento descrita em cada item da escala se aplica à criança nunca (0), um pouco (1), frequentemente (2) ou muito frequentemente (3). Em consequência o resultado global varia de 0 a 81 para a escala de pais e 0 a 84 para a escala de professores.

Estas escalas estão divididas em 4 sub - escalas que nos permitem avaliar outras dimensões do comportamento (comportamento de oposição, problemas cognitivos/desatenção, excesso de actividade motora e índice de défice de atenção e hiperactividade).

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos não podem ser extrapolados ou generalizados a outras populações de características semelhantes, dadas as pequenas dimensões da amostra.

Caracterização da Amostra

Analisando o quadro 1, verifica-se que a população das mulheres em estudo, é de 60 indivíduos. A idade actual das mulheres variou entre os 22 e os 42 anos, com uma média de idades de 31,83 anos. Quanto à idade à data do parto, variou entre os 15 e os 38 anos, sendo a média de idades de 25,43 anos, quando, à priori, estaríamos à espera de uma idade mais baixa.

Quadro 1 - Caracterização da amostra das mães em estudo, consoante a sua idade actual e à data do parto

Grupo etário	Actual						À data do parto					
	Nº	%	Mx	Mm	\bar{X}	sd	Nº	%	Mx	Mm	\bar{X}	sd
15-19	--	0,0	42	22	31,83	5,046	10	16,7	39	15	25,43	5,552
20-24	5	8,3					14	23,3				
25-29	16	26,7					24	40,0				
30-34	18	30,0					8	13,3				
35-39	17	28,3					4	6,7				
40-42	4	6,7					0	0,0				
Total	60	100,0					60	100,0				

Quanto à população das crianças em estudo (Quadro 2), é constituída por 60 indivíduos, sendo a representação do sexo feminino (56,6%) superior à do sexo masculino (43,4%). Em todos os grupos etários, observa-se uma maior prevalência do sexo feminino. A média de idades foi de 6,27 anos.

Quadro 2 – Caracterização da criança por grupo etário e sexo

Grupo etário	Masculino						Feminino					
	Nº	%	Mx	Mm	\bar{X}	sd	Nº	%	Mx	Mm	\bar{X}	sd
3 - 5	12	20,0	11	3	6,19	2,577	13	21,6	11	3	6,32	2,483
6 - 8	10	16,7					14	23,3				
9 - 11	4	6,7					7	11,7				
Total	26	43,4					34	56,6				
Total	60		Média idades			6,27						

No que se refere ao estado civil das mulheres, observa-se que a maioria das mulheres estava casada ou vivia em união de facto (45,0%). Parece-nos no entanto significativo que 26,7% das mulheres toxicodependentes em estudo, eram solteiras e 28,3% estavam separadas ou divorciadas.

Quanto à situação profissional, 30 mulheres (50%) têm um emprego precário ou se encontram desempregadas, enquanto que, só 25,0% terão um emprego relativamente estável.

Relativamente ao nível de instrução das mulheres, verificou-se que só 25,0% tinham a instrução secundária completa enquanto que a maior parte das mulheres (73,3%) tinha a instrução secundária incompleta, ou seja, não tinham a escolaridade obrigatória.

A classe social foi definida tendo por base os critérios de estratificação social de Graffar. Desta forma as mulheres foram classificadas em relação à classe social segundo os seguintes itens: situação profissional, nível de instrução, fonte de rendimento, tipo de habitação e local de residência. A maioria das mulheres pertence à classe média (40,0%) e classe média baixa (31,6%).

Estes resultados, em relação à caracterização da população em estudo, vão ao encontro a outros estudos feitos a populações com características idênticas, o caso de Frazão et al. (2001), no seu estudo encontrou: uma média de idades de 27,5 anos; mães solteiras 24,2%; quanto à escolaridade cerca de 49,9% também não tinham a escolaridade mínima obrigatória; também a maioria das mulheres pertencia à classe média (24,2%) e classe média baixa (53,0%).

Caracterização do Agregado Familiar

A constatação que parece de maior relevância é que a maior parte das díades do grupo em estudo estão inseridas numa família, (51,7% em que se verifica a presença do casal mais filhos, 8,3% em que se verifica a presença do casal + filhos + outros), o que contribuirá certamente, de forma positiva, para a existência de uma rede familiar de apoio, não só à mãe toxicodependente, mas também à criança.

Hábitos de Consumo de Droga

A droga mais consumida de forma isolada ou em associação foi a heroína (95,0%), seguida pelo consumo da cocaína 29 casos (48,3%). As drogas menos consumidas foram o álcool (8,3%) e os sedativos (5,0%) e nunca isolados, foram sempre associadas a outras drogas. Também se verifica que em 36 casos (60,0%) das mulheres, existia politoxicod dependência, sendo neste caso a associação mais usada a heroína + cocaína (63,9%). Quanto ao tempo de consumo, na sua maioria, já consumiam entre os 9-13 anos (35,0%). Também estes resultados vão ao encontro ao estudo de Frazão et al. (2001), referindo que a droga mais consumida era a heroína (85,2%), seguida da cocaína (57,4%) e na politoxicod dependência a associação mais usada era a heroína + haxixe + cocaína (35,7%), logo seguida pela heroína + cocaína (33,3%). Quanto ao tempo de consumo, também na sua maioria consumia entre os 9-13 anos (47,5%). De salientar que durante a gravidez 46,7% das mães interromperam o consumo de drogas.

Caracterização da Criança à Nascimento

Neste aspecto, 75% dos recém-nascidos eram normossômicos (2500-3999 gramas). No estudo de Palminha (1993), este autor encontrou 34,8% de crianças de baixo peso (superior ao do meu próprio estudo) e 48,4% de crianças normossômicas.

Quanto à morbidade do recém-nascido, encontram-se 6,7% de asfixia ao nascer, 1,7% de malformações, outro tipo de doenças 10,0% e com a síndrome de abstinência 25,0%, sendo a percentagem de prematuros de 13,3%. Aqui ocorrem algumas diferenças significativas em relação ao estudo de Palminha (1993), que encontrou 13,6% de casos de asfixia, 7,5% de malformações, 83,6% de síndromes de abstinência e 31,7% de prematuros percentagens essas muito superiores às percentagens encontradas no caso da minha investigação.

Das várias doenças detectadas à nascença verificaram-se 2 casos (33,3%) de epilepsia e 2 casos (33,3%) de convulsões, assim como 1 caso (16,7%) de hérnia do hiato + atrofia do rim e 1 caso (16,7%) de anemia.

Os resultados da minha pesquisa aproximam-se mais dos encontrados na população normal do que os resultados apresentados por Palminha (1993), que parecem mais característicos desta população; no entanto, é de realçar que no meu estudo estas avaliações foram feitas grosseiramente pela descrição das mães.

Caracterização da Relação Precoce Mãe-Filho (1º Ano de Vida)

Quanto à amamentação, no caso das 60 díades estudadas, 41 crianças (68,3%) foram amamentadas. Para Santos (2000), a não amamentação da criança, a instabilidade quanto ao prestador de cuidados maternos à criança durante o 1º ano de vida, a separação precoce da díade e o internamento da criança, são alguns dos factores que nos parecem condicionar o estabelecimento de uma boa relação precoce. No meu próprio estudo, 31,7% dos filhos das mulheres toxicodependentes não foram amamentados, enquanto que no estudo de Santos (2000), 64,0% dos filhos não foram amamentados.

Quanto ao principal prestador de cuidados à criança durante o 1º ano de vida, verifica-se ser a mãe em 81,6% dos casos.

No que respeita à separação das díades, esta só se verificou em 21,7%. Num estudo realizado pela equipa materno - infantil do CAT das Taipas, citada por Santos (2000), constatou-se que 18,0% das crianças entre os 0 e os 6 meses já não vivia com a mãe; nesse mesmo estudo, a percentagem de crianças que não vivem com a mãe, aumenta para 22,0% entre os 12 e os 36 meses e para 45,0% acima de 3 anos. A separação precoce da díade parece constituir um importante factor predisponente a uma maior dificuldade no estabelecimento de uma boa relação mãe-filho. Também se verificou uma separação da mãe em 30,0% dos casos, por motivo de internamento da criança.

Resultados das Escalas de Conners (Pais e Professores)

O Quadro 3 mostra a distribuição dos comportamentos marcadamente atípicos avaliados pelas sub - escalas da Escala de Conners para pais e professores, por sexo e por grupo etário. Estes resultados advêm dos somatórios dos itens de cada sub - escala e da sua respectiva interpretação através das tabelas de Conners, para todas as dimensões de comportamentos, possíveis de avaliar por estas escalas. É importante enfatizar, neste ponto, que as tabelas utilizadas advêm de estudos efectuados em população americana,

pois não existem estudos em Portugal para o grupo etário dos 3-5 anos, apesar de, para os grupos etários dos 6-8 anos e dos 9-11 anos haver estudos feitos por Ana Melo (s.d.).

Na avaliação feita pelos professores em relação a todos os comportamentos atípicos, estes são superiores em relação à avaliação feita pelos pais, tanto no sexo masculino como no sexo feminino. Também é de salientar que estes tipos de comportamentos são marcadamente superiores no sexo feminino, tanto na avaliação pelos pais como pelos professores.

Atendendo à avaliação feita pelos pais, o tipo de comportamento que mais se verificou foi o de 'Excesso de actividade motora'.

Na avaliação feita pelos professores, o tipo de comportamento que mais se verificou foi o 'Comportamento de oposição' com 19 casos (51,3%).

Quanto ao comportamento especificamente importante para este estudo, o Índice de défice de atenção e hiperactividade (que designei somente como hiperactividade), é importante destacar que, na sua totalidade e na avaliação efectuada pelos professores, existe um maior número de casos, tanto no sexo masculino 3 (8,1%) como no sexo feminino 9 (24,3%) do que em relação à avaliação feita pelos pais, 1 caso (1,7%) no sexo masculino e 7 casos (11,7%) no sexo feminino

Quadro 3 - Distribuição dos comportamentos marcadamente atípicos avaliados pelas sub - escalas da escala de Conners, para pais e professores, por sexo e grupo etário

Escala de Conners		Pais (n=60)								Professores (n=37)							
Sub-escalas		Comportamento de oposição		Problemas cognitivos/Desatenção		Excesso de actividade motora		Índice de défice de atenção e hiperactividade		Comportamento de oposição		Problemas cognitivos/Desatenção		Excesso de actividade motora		Índice de défice de atenção e hiperactividade	
Sexo	Grupo etário	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	3-5	--	0,0	1	1,7	1	1,7	1	1,7	3	8,1	3	8,1	1	2,7	2	5,4
	6-8	2	3,3	--	0,0	2	3,3	--	0,0	3	8,1	--	0,0	--	0,0	--	0,0
	9-11	--	0,0	--	0,0	--	0,0	--	0,0	1	2,7	1	2,7	1	2,7	1	2,7
	Sub-total	2	3,3	1	1,7	3	5,0	1	1,7	7	18,9	4	10,8	2	5,4	3	8,1
Feminino	3-5	3	5,0	2	3,3	2	3,3	2	3,3	3	8,1	5	13,5	2	5,4	2	5,4
	6-8	4	4,7	4	6,7	7	11,7	3	5,0	5	13,5	1	2,7	4	10,8	4	10,8
	9-11	1	1,7	1	1,7	3	5,0	2	3,3	4	10,8	2	5,4	5	13,5	3	8,1
	Sub-total	8	13,4	7	11,7	12	20,0	7	11,7	12	32,4	8	21,6	11	29,7	9	24,3
Total		10	16,7	8	13,4	15	25,0	8	13,4	19	51,3	12	32,4	13	35,1	12	32,4

Resultados que interessam para o nosso estudo

No que diz respeito à prevalência da hiperactividade por sexo, consoante a escala de avaliação (pais e professores) verifica-se que esta é mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino em ambas as escalas, na relação de 5 para 1 na escala dos pais e de 3 para 1 na escala dos professores.

De salientar, por outro lado, a maior prevalência que se regista, 47,4%, na escala dos professores para o sexo feminino e a menor prevalência, 3,8%, na escala de pais, para o sexo masculino. A prevalência total na escala dos pais foi de 13,4% e na escala de professores, de 32,4%.

Quadro 4 - Distribuição da prevalência da hiperactividade por sexo, consoante a escala de avaliação

Sexo \ Escala	Pais			Professores		
	Nº	%		Nº	%	
Masculino	1	3,8	(n=26)	3	16,7	(n=18)
Feminino	7	20,6	(n=34)	9	47,4	(n=19)
Total	8	13,4	(n=60)	12	32,4	(n=37)

Quanto à prevalência da hiperactividade por sexo, consoante a escala de avaliação (pais e professores), mas utilizando as tabelas baseadas em resultados portugueses. Estudos efectuados por Ana Melo (s. d.) respeitantes só aos grupos etários dos 6-8 anos e dos 9-11 anos (grupo estudado por esta autora), ocorre que, na avaliação da hiperactividade através das escalas dos pais, não se encontra nenhuma criança com esta patologia do comportamento. Utilizando a escala de avaliação dos professores observa-se uma prevalência mais elevada para o sexo feminino de 28,6%, na relação de 2 para 1, sendo a prevalência geral da população de 22,7%.

Quadro 5 - Distribuição da prevalência da hiperactividade por sexo, consoante a escala de avaliação, comparada com tabelas portuguesas (grupos etários dos 6-8 e 9-11 anos)

Sexo \ Escala	Pais			Professores		
	Nº	%		Nº	%	
Masculino	--	0,0	(n=14)	1	12,5	(n=8)
Feminino	--	0,0	(n=21)	4	28,6	(n=14)
Total	--	0,0	(n=35)	5	22,7	(n=22)

Estes resultados contrariam a maior parte dos estudos feitos em população normal (não consumidora de drogas), ou seja por exemplo em estudos utilizando os critérios do DSM-IV (APA, 1994), a relação normalmente é de 4 para 1 a favor dos rapazes, e a prevalência entre os 3 e os 5,0%.

Em estudos feitos na Colômbia, utilizando critérios semelhantes aos critérios que eu próprio utilizei (o uso de escalas), Pineda et al. (2000), encontraram uma prevalência de 16,1% (19,8% nos homens e 12,4% nas mulheres). Estudos feitos em Portugal, na região de Coimbra, utilizando a escala de Conners (a mesma que nós) para professores, Fonseca et al. (1995), encontraram uma prevalência de 4,3%, sendo maior nos rapazes, na relação de 2 para 1.

Em estudos referidos por Garcia (2001), estima-se que aproximadamente um terço das crianças filhos de mães que consomem álcool e drogas durante a gravidez, apresentaram condutas hiperactivas.

Podemos, assim, concluir que, neste estudo e relativamente à prevalência, esta é superior à encontrada em estudos feitos em populações normais, tanto utilizando uma escala como a outra, no entanto, se atendermos a estudos referidos por Garcia (2001), nos quais se estima que cerca de um terço das crianças filhas de mães toxicodependentes são hiperactivas, os resultados do meu próprio estudo enquadram-se neste tipo de população.

O que há de novo na minha investigação é a presença de uma prevalência de hiperactividade maior nas raparigas do que nos rapazes, o que contraria praticamente todos os estudos por nós encontrados, em que a prevalência é maior nos rapazes.

A explicação plausível que encontro para este novo fenómeno serão aspectos de natureza psicossocial e cultural, porque quem respondeu aos questionários deste estudo, a propósito do comportamento dos seus filhos, foram somente as mães, quando, nos outros estudos, possivelmente, responderam mães e pais; por outro lado estas mães estarão particularmente sensíveis, pela sua situação de toxicodependência, muitas delas em tratamento, afastadas da família e a viverem em situação precária. Outra questão é que, quando observamos a prevalência encontrada nas escalas de avaliação respondidas pelos professores, a relação da prevalência de hiperactividade também é maior para as raparigas (3 para 1), e aqui não terá sido as razões que referi, mais acima, para o caso das mães, porque quem respondeu foram os professores, acerca do comportamento da criança na escola. Na realidade, teremos que concluir que existe uma maior prevalência de hiperactividade no sexo feminino, e que poderá estar na sua origem, uma maior sensibilidade das raparigas à condição psicossocial e cultural das suas mães toxicodependentes.

Análise Estatística Inferencial

Para abordar o fenómeno da hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e estabelecer algumas relações que poderiam estar associadas ao aparecimento do mesmo, formulei algumas questões de investigação e procedi ao seu estudo estatístico inferencial.

O tipo de teste estatístico foi escolhido de acordo com a dimensão das variáveis que foi o Qui - quadrado ((2) . Os resultados obtidos a partir dos testes estatísticos levam a concluir que não existe relação entre o aparecimento da hiperactividade e os factores de causalidade que defini, previamente, nas questões de investigação. Ou seja:

- Não existe relação entre a hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e a classe social das mães. O que contraria alguns estudos, nomeadamente o de GARCIA (2001), que refere a importância do nível sócio-económico dos pais, no aparecimento de problemas de comportamento na criança.
- Não existe relação entre a presença de hiperactividade e o tipo de droga consumida. Também contraria estudos referidos por GARCIA (2001), em que se estima que aproximadamente um terço dos filhos de mães que consomem álcool e drogas durante a gravidez, apresentam condutas hiperactivas.
- Não existe relação entre a presença de hiperactividade e o peso da criança à nascença. O que contraria estudos citados por GARCIA (2001), em que refere que as mães que fumam e consomem drogas durante a gravidez têm filhos de baixo peso e que por sua vez predispõe ao aparecimento da hiperactividade.

- Não existe relação entre o aparecimento de hiperactividade e aspectos de interacção precoce isolados (amamentação da criança, ser o principal prestador de cuidados à criança, ter-se separado da criança no 1º ano de vida). Contraria estudos realizados por BERGER (2001), nas quais refere que na história de inúmeras crianças instáveis existe um défice de relação com o objecto primário.

Penso, porém, que estes resultados poderão ter sido desvirtuados devido: ao reduzido tamanho da amostra; tipo de população em estudo; sinceridade nas respostas por parte das mães em estudo e eventual interferência de variáveis estranhas que são difíceis de não controlar analiticamente.

Conclusões

A média de idades das mulheres abrangidas neste estudo à nascença do filho era de 25,43 anos. A maioria era solteira, separada ou divorciada. Mais de metade não tinha a escolaridade obrigatória e pertencia à classe média ou média baixa. Estas mulheres, na sua maioria, estão inseridas numa família em que se verifica a presença do casal mais filhos, o que contribuirá certamente de forma positiva para a existência de uma rede familiar de apoio, não só à mãe, mas também à criança.

Grande parte do tempo de vida destas mulheres, na sua maioria, entre 9 e 13 anos, esteve marcada pela presença do consumo de drogas. A heroína e a cocaína foram as drogas mais usadas. De salientar que quase metade das mães interromperam os consumos durante a gravidez.

No que diz respeito às crianças em estudo, o sexo feminino predomina, sendo a média de idades de 6,27 anos. Quanto ao seu peso à nascença a sua média foi de 2959 gramas, sendo de salientar a presença de 21,7% de crianças consideradas com baixo peso.

Quanto à morbilidade da criança ao nascer, é superior à encontrada na população normal, no entanto normal para a população em estudo. É de salientar que a síndrome de abstinência, no caso da população que serve de base a este estudo, é inferior ao encontrado em outras populações semelhantes; no entanto, poderá relacionar-se com o elevado número de mães que interrompeu o consumo de drogas durante a gravidez.

Os resultados obtidos pelas escalas nas suas várias dimensões permitem constatar a presença de uma grande percentagem de outras psicopatologias, como seja: comportamentos de oposição, problemas cognitivos / desatenção e excesso de actividade motora. O que abrirá perspectivas para novas investigações nesta área e a esta população específica.

No quadro específico deste estudo, ou seja, o índice de hiperactividade, a sua prevalência varia consoante a escala aplicada, ou seja, para a escala de professores a prevalência foi de 32,4% na relação de 3 para 1 a favor do sexo feminino e para a escala de pais foi de 13,4% na relação de 5 para 1, também a favor do sexo feminino. Quando consideramos os resultados, tendo em conta a avaliação dos professores e pais em simultâneo, a sua prevalência é de 16,2%. Aqui, no que diz respeito à prevalência, esta é semelhante a outros estudos efectuados a população toxicodependente, mas no que diz respeito à prevalência por sexo, observamos que este estudo apresenta resultados inversos, ou seja, em praticamente todos os estudos encontrados por nós a prevalência é sempre maior no sexo masculino, enquanto, no meu estudo, a prevalência é maior no sexo feminino.

Os resultados obtidos a partir dos testes estatísticos aplicados, levam a concluir a não existência de uma relação directa entre o aparecimento da hiperactividade em filhos de mães toxicodependentes e a classe social da mãe; o tipo de droga consumida; o peso da criança à nascença e aspectos de interacção precoce (amamentação, ser o principal prestador de cuidados e ter-se separado da criança no 1º ano de vida).

A não confirmação das minhas questões de investigação pode relacionar-se com factores como sejam: o tamanho da amostra, o elevado número de mães da classe média, enquanto que noutros estudos aparecem mais mães da classe baixa; um pequeno número de crianças de baixo peso em relação a outros estudos com o mesmo tipo de população; ter sido feito um estudo só em mães consumidoras de drogas; o elevado número de mães que amamentam, o que normalmente não acontece em população toxicodependente, assim como o que diz respeito ao principal prestador de cuidados, que, neste caso, é a mãe; o reduzido número da amostra e a presença de variáveis estranhas, que não foi possível controlar. Ou seja, nestes aspectos concretos das minhas questões de investigação, os resultados obtidos aproximaram-se da população normal, portanto diferente do que seria de esperar em população toxicodependente.

Mantenho a preocupação de que a toxicodependência, ao afectar a adaptação social da criança e predispor ao aparecimento de psicopatologias, deve continuar a ser objecto de estudo para as díades em causa.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association
1994 *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Barkley, R. A.
1995 *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*. Londres: The Guilford Press.
- Falardeau, Guy
1999 *As Crianças Hiperactivas*. Mem Martins: Edições Cetop.
- Figueiredo, Bárbara
2001 *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. C.; Rebelo, J. A.; Simões A.; Ferreira, J. A.
1995 'Comportamentos Anti-sociais no Ensino Básico: As Dimensões do Problema'. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 29. pp. 85-105.
- Fonseca, A. C.
1998 'Problemas de Atenção e Hiperactividade na Criança e no Adolescente: Questões e Perspectivas Actuais'. *Psychologica* 19 . pp.7-41.
- Frazão, Carla et al.
2001 *A Mulher Toxicodependente e o Planeamento Familiar, a Gravidez e a Maternidade*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Garcia, Inmaculada Moreno
2001 *Hiperactividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw-Hill.

- Melo, Ana Rodrigues
1997 'Contributos para a Avaliação e Diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção: Estudo das Normas Portuguesas para as Escalas de Conners Revisadas. Dissertação de Doutoramento em Motricidade Humana: Lisboa: FMH-UTL.
- Moreno, C. I.
1995 *Hiperactividad, Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Palminha, J. Martins et al.
1993 *Os Filhos dos Toxicodependentes: Novo Grupo de Risco Bio-Psico-Social*. Lisboa: Asa Gráfica.
- Pineda, D.; Henao, G. C.; Puerta, I. C. et al.
2000 'Uso de un Cuestionario Breve para el Diagnóstico de Deficiencia Atencional'. *Ver Neurol* 28 (4). pp.365-72.
- Rodrigues, Ana Nascimento
2000 *Escalas de Conners para Pais e Professores: Tradução e Adaptação para Investigação*. Lisboa: Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humanaa.
- Santos, Virgínia Maria Vinagre dos
2000 'Impacto da Heroinodependência Materna no Tipo de Comportamento de Vinculação e na Adaptação Escolar da Criança'. Dissertação de Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Statin, M. S. et al.
1985 'A General Population Screen for Attention Deficit Disorder with Hyperactivity' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 24. pp.756-64.
- Taylor, E. et al
1991 *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. Oxford: Oxford University Press.