

FACCAMP

FACULDADE CAMPO LIMPO PAULISTA

Carla Cristina do Nascimento

RA 7751

Sandra Moreira Mendonça Lopes

RA 8055

COMO VIVENCIAR A HIPERATIVIDADE EM SALA DE AULA

SÃO PAULO -SP

2010

FACCAMP
FACULDADE CAMPO LIMPO PAULISTA

COMO VIVENCIAR A HIPERATIVIDADE EM SALA DE AULA

Monografia de TCC apresentada como exigência para a obtenção do título em Pedagogia, Licenciatura Plena, para a FACCAMP – Faculdade Campo Limpo Paulistas. ORIENTADORA PROF^a especialista NADIA MARIA Giaretta Ranalli

SÃO PAULO –SP

2010

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pela vida e pela força divina.

Agradecemos o apoio de nossas famílias para vencer mais esta etapa em busca da formação acadêmica

Agradecemos também aos nossos colegas de classe que proporcionou a troca de experiência dentro das salas de aula, junto com os nossos professores, trazendo o conhecimento prático para serem alinhados as teorias.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos mestres, pois ser mestre não é apenas lecionar, ensinar, não é apenas transmitir matéria. Ser mestre é ser instrutor, amigo, guia e companheiro, é caminhar com o aluno passo a passo, é transmitir os segredos desta caminhada. Nosso carinho e nossa gratidão aos mestres que souberam além transmitir seus conhecimentos transmitirem- nos sua experiência.

RESUMO

A hiperatividade é um transtorno de comportamento que desenvolvem uma atividade motora intensa, que se movem continuamente, mas toda essa atividade tem um propósito. Indo de um lugar para outro e pode iniciar uma tarefa, mas rapidamente deixa para iniciar outro, que por sua vez, novamente deixou inacabado. Isso aumenta a hiperatividade, quando não há presença de outras pessoas, especialmente aqueles que mantêm comunicação freqüente. Pelo contrário, diminui a atividade quando está sozinho. A maioria dos sintomas das crianças com TDAH também podem ocorrer às vezes nas crianças sem este transtorno. No contexto educacional, a hiperatividade ou Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH) pode ser considerado, muitas vezes, como indisciplinar, levando o aluno ao fracasso escolar. Por outro lado, o comportamento das crianças com TDAH na sala de aula também interfere com o seu desempenho no grupo de classe, principalmente por causa de sua impulsividade e que não pode inibir a primeira resposta espontânea. Por isso é muito importante os professores tenham estratégias para gerenciar o comportamento destas crianças e mais ainda considerando que, devido à alta prevalência da doença na população escolar. Neste âmbito, o estudo objetiva-se em compreender as ocorrências sobre o TDAH, as suas características, e como o professor possa vir a trabalhar com alunos que apresentam este déficit, aliando à um sistema de aprendizagem recíproco.

Palavras – Chaves: Déficit de Atenção, Educação, Hiperatividade

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE TABELAS	8
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – O CONCEITO E A HISTÓRIA SOBRE A HIPERATIVIDADE	11
CAPÍTULO II – O DIAGNÓSTICO DE HIPERATIVIDADE	17
2.1 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA CRIANÇA HIPERATIVA	17
2.1.1 Grupos etários implicados - Faixas etárias envolvidas.....	22
2.1.2. Organização Mundial de Saúde e a classificação do TDAH	22
2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO PARA TDAH	24
CAPÍTULO III- HIPERATIVIDADE E A INDISCIPLINA EM SALA DE AULA	27
3.1 OS ASPECTOS DE O COMPORTAMENTO INDISCIPLINAR E SUAS RELAÇÕES COM A HIPERATIVIDADE	27
3.2 MEDIDAS PARA A CORREÇÃO E ORIENTAÇÃO SOBRE OS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E INDISCIPLINA EM SALA AULA PARA CASOS DE TDAH.....	31
CAPÍTULO IV – ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS COMO FORMA DE MELHORIAS PARA A APRENDIZAGEM DE ALUNOS HIPERATIVOS	40
CONCLUSÃO	50
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1 – Características comportamentais de hiperativos.....	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 – Tabela Histórica para diagnóstico de TDAH.....	15
Tabela 2.1 - Critérios para a diferenciação diagnóstica de TDAH.....	17
Tabela 2.2 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV-TR.....	19
Tabela 2.3 – Análise das comorbidades para TDAH.....	21
Tabela 2.4 – Distribuição entre formas de TDAH	24
Tabela 2.5 – Distribuição segundo DSM-IV-TR.....	24
Tabela 3.1 – Dificuldades de conduta do TDAH.....	29
Tabela 3.2 – Modelos de correção e orientação para aluno de TDAH.....	33
Tabela 3.3 - Técnica efeito, o comportamento e consequência.....	36
Tabela 4.1 – Tipos de Reforço para Professores em atendimento ao TDAH.....	41

INTRODUÇÃO

*“A educação é um direito de Todos”
Art. 205, da Constituição Federal de 1988*

Pela Constituição Federal de 1988, a Educação é um bem para todos os cidadãos, independente de raça, credo, idade, ou mesmo situação financeira, dados a compreensão que a escola deve aceitar todas as diferenças e propiciar a inclusão destas, conforme exposto pela Declaração de Salamanca:

(...); escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando-se comunidades mais acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos

(Declaração de Salamanca¹ apud MEC, 1994).

Mas foi na LDB (Lei de Diretrizes e Bases) de 20 de dezembro de 1996, que a inclusão tornou-se uma obrigação do sistema de educacional brasileiro, que “para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educando portador de necessidades especiais”.

Por isso, tanto autores como profissionais da área educacional buscam soluções para esta situação a partir de ações que recorrem a outros meios para incluir alunos e enquadrá-los ao sistema vigente.

Ao pensar em bases de inclusão, como mudança do paradigma educacional, as escolas foram aceitando as diferenças e buscando meios e formas para levar os conhecimentos a todos sem distinção por deficiências ou por dificuldades de aprendizagem.

O objetivo da inclusão é inserir um aluno ou grupo de alunos que já foram anteriormente excluídos devido a algum déficit, tendo a escola propiciar um ambiente estruturado nas necessidades de todos os alunos de acordo com suas restrições ou dificuldades.

Nesse sentido, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), é um problema que atinge uma parte de alunos de várias faixas de idade, tendo como características as variações de comportamento, como: desatenção, agitação e impulsividade, levando aos alunos a desenvolverem grandes dificuldades de aprendizagem e relacionamento em grupo.

Atualmente uma das principais preocupações dos pesquisadores, tais como Lancet (2007), Pereira (2005), entre outros, citam que a educação deve ser capaz de identificar adequadamente o comportamento hiperativo, para os quais é necessário fazer uma avaliação adequada do comportamento dos alunos em sala de aula.

É interessante notar que a morbidade de problemas de aprendizagem em sala de aula são mais freqüentes do que comumente relatados e distúrbios comportamentais, especialmente atenção e hiperatividade muitas vezes se sobrepõem com alguns indicadores baixo rendimento acadêmico durante a infância.

Por esse motivo, a Hiperatividade é geralmente confundida com indisciplina, tem por característica um distúrbio de atenção que, de acordo com Gentile (2000), atinge 5% das crianças e adolescentes de todo o mundo.

Conhecer os sintomas e aprender a lidar com a Hiperatividade, se torna uma obrigação da prática profissional docente e da gestão administrativa escolar, devido ao conhecimento sobre este problema estar cada vez mais impregnado ao ambiente escolar.

O presente estudo tem por objetivo orientar e aprofundar os conhecimentos sobre o tema, abordando a história e conceitos de hiperatividade, sendo este conhecido como Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), seus sintomas, suas características comportamentais, a intervenção pedagógica e a forma de como converter esse comportamento para a melhoria do conhecimento.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizada pesquisa bibliográfica, consultando-se os estudos da Declaração de Salamanca, entre outros autores.

CAPÍTULO I – O CONCEITO E A HISTÓRIA SOBRE A HIPERATIVIDADE

A evolução do termo tem seguido o padrão de perspectivas psicológicas em geral, a partir de uma abordagem médica a ser colocados mais tarde, em uma perspectiva comportamental.

De acordo com Gentile (2000) a hiperatividade tem por conceito na base da medicina como uma desordem do déficit de atenção, afetando crianças, adolescentes e até mesmo adultos, devidos os sintomas incluir problemas de linguagem, memória ou mesmo as habilidades motoras, mas não que isso comprometa a parte intelectual do indivíduo caracterizado hiperativo.

Assim, a hiperatividade era considerada no início como "uma doença neurológica causada pela existência de uma lesão cerebral", embora a dificuldade em controlar a presença desta lesão e sua ocorrência em todos os casos provocou uma mudança na consideração desta desordem.

Para especialistas da área da saúde ou mesmo, educacional, esta síndrome provavelmente tem uma origem biológica associada a alterações no cérebro causada por fatores hereditários ou por causa de uma lesão, enquanto que para outros é um padrão persistente de comportamento em situações específicas.

Complementando por Hallowell (2001), a hiperatividade é conceituada como um transtorno de comportamento em crianças que desenvolvem uma atividade motora intensa, que se movem continuamente, sem toda essa atividade ter um propósito.

A hiperatividade é um comportamento caracterizado por atividade excessiva. O termo é freqüentemente usado para se referir à alteração do comportamento infantil que é incapaz de se sentar ainda.

Já para Rohde (2003), hiperatividade é um estado de constante atividade e movimento, mesmo durante o sono. Esta é uma das mudanças mais significativas de comportamento em crianças. Os sintomas da hiperatividade, mostra o fato de correr de um lado para o outro cargo, subir em móveis, a abundância de movimentos e incapacidade de se sentar.

Diferentemente, Kaplan (1986) afirma que especialistas dizem que cerca de 40% dos filhos com transtorno de conduta tem dificuldades na aprendizagem que podem resultar no abandono dos estudos na adolescência, se não for tratada. Além disso, cerca de 50% destas crianças têm um transtorno psiquiátrico associado, como problemas de ansiedade, fobias , depressão ou baixa auto-estima .

Os indivíduos com este transtorno têm moderada a grave distração, com extensão de atenção curta, agitação, instabilidade emocional e comportamento impulsivo.

Segundo Araujo (2000), o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), os professores devem estar melhores preparados para lidar com crianças hiperativas, pois tal comportamento pode ser ainda mais associado a uma perda da visão ou audição, ou até mesmo a problemas de comunicação, por conta da dificuldade de processar ordenada os símbolos e idéias que surgem.

É possível afirmar, em detrimento ao estudo, que a criança hiperativa se movimenta indo de um lugar para outro e pode iniciar uma tarefa, mas rapidamente deixa para iniciar outro, que por sua vez, novamente deixou inacabado.

Historicamente, a hiperatividade já vinha sido tratada de forma mais peculiar, por ser um problema relacionado a infância, que de acordo com Benczik (2002) o médico grego Galen foi um dos primeiros profissionais a prescrever ópio para a impaciência, inquietação infantil, mas que por volta de 1980, os médicos trabalhavam com pessoas que apresentavam danos cerebrais e sintomas de déficit de atenção com os diagnóstico de impaciência e inquietação, criando um modelo similar de conduta exibido por indivíduos com retardamento sem história de trauma.

Para Kaplan (1986), foi em 1902 que Still descreveu um problema em crianças denominando um “defeito na conduta moral”, notando que esse problema tinha um resultado sobre a inabilidade da criança em compreender regras e limites, manifestando sintomas de inquietação, desatenção e impaciência podendo ser ocasionados por danos cerebrais, de hereditariedade, disfunção ou problemas ambientais.

Entre os anos de 1917 e 1918, conforme descreve Hallowell (2001), com o aprimoramento dos estudos a desordem do comportamento infantil, profissionais de saúde observaram que a hiperatividade não estava ligada à encefalites, pois esse comportamento já existia antes da manifestação da doença.

Para Benczik (2002), em 1937, Charles Bradley manipulou medicações estimulantes em crianças emocionalmente perturbadas, que eram internadas em clínicas psiquiátricas infantis. Molitch & Eccles investigaram o efeito de medicamentos como o benzedrine em crianças nestas condições, mas foi Bradley quem observou uma notável diferença nas respostas de crianças sob efeito do benzedrine, mantendo-as mais calmas e com maior atenção para a aquisição de aprendizagem.

Lancet (2007) que foi na década de 40 o surgimento da designação de Lesão Cerebral Mínima para a hiperatividade, sendo definido como um distúrbio neurológico, vinculado a uma lesão cerebral como Distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade dando um prognóstico para tratamento específico. A hiperatividade é assim considerada como um distúrbio resultante de lesões cerebrais.

A partir da década de 60 foram finalmente descartadas as hipóteses de lesão cerebral em crianças hiperativas, que de acordo com Benczik (2002), passando para Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que na década de 70 foi classificada como Síndrome Hipercinética pelo CID – 9.

Para Hallowell (2001), foi em 1972, quando o conceito de hiperatividade experimentou uma grande mudança, uma vez que sustenta que o déficit primário de crianças hiperativas não é o seu nível de atividade excessiva, mas a sua incapacidade de manter a atenção e impulsividade.

Essa incapacidade de "pare, olhe e escute", explica a maioria dos problemas associados que se manifestam estas crianças, por esse motivo, Rohde (2003) coloca que sistematizado critérios diagnósticos específicos crianças com hiperatividade foram encaminhadas para clínicas de saúde mental por causa de inquietação, distração, desatenção, incapacidade de sentar-se quieto e controle pobre do impulso.

Ken e Allen (apud Rohde 2003), em 1979 consideram que este é um transtorno do desenvolvimento concebido como atraso no desenvolvimento, é um padrão persistente de comportamento caracterizado pela agitação e desatenção excessiva manifesta em situações que requerem inibição motora. Afigura-se entre dois e seis anos começou a diminuir durante a adolescência. Isso ocorre entre 3% e 5% das crianças.

Mas foi a partir da década de 80, com resultados sobre a DCM que o termo finalmente foi alterado para Distúrbio do Déficit de Atenção, devido aos aspectos de falta de alto controle e impulsividade.

Barkley (apud Lancet, 2007), em 1982 assinala os seguintes pontos:

- Em geral, enfatiza a inadequação da falta de controle, a concentração do déficit de atenção a distração, inquietação e atividade, tendo sempre como referência a idade da criança.
- A ênfase é colocada sobre as dificuldades da criança para controlar seu comportamento e adaptar-se às exigências que a situação exige.
- A adaptação destes problemas reside aos primeiros anos de vida.
- Destaca a persistência de problemas de comportamento durante uma variável maior ou menor.
- Refere-se à permanência dos comportamentos característicos em diferentes ambientes.

- A dificuldade é proposto para explicar os problemas na base de causas orgânicas, neurológicas ou distúrbios do desenvolvimento.

Segundo Lancet (2007) na década de 90, o CID-10 colocou o DCM como um Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade devido aos grupos de sintomas: desatenção e hiperatividade, em que foi criada uma tabela para padronização do diagnóstico, conforme tabela 1.1:

Tabela 1.1 – Tabela Histórica para diagnóstico de TDAH

Lactante	“Bebê difícil”, insaciável, irritado, de difícil consolo, maior prevalência de cólicas, dificuldade de alimentação e sono.
Pré-escolar	Atividade aumentada ao usual, dificuldades de ajustamento, teimoso, irritado e extremamente difícil de satisfazer.
Escola elementar	Incapacidade de colocar foco, distração, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade
Adolescência	Inquieto, desempenho inconsistente, sem conseguir colocar foco, dificuldades de memória na escola, abuso de substancia, acidentes.

Fonte: Lancet (2007:32)

Entretanto, conforme descreve Petry (1999), ao tratar da criança com hiperatividade, é necessário uma ajuda mútua entre família e escola, para que a criança se sinta num ambiente de apoio e esteja em constante instigação para a ação de aprender.

As crianças hiperativas têm um elevado potencial energético, por isso os pais devem fornecer os meios necessários para que a energia seja canalizada e desenvolvida para ser benéfico.

Para Ladeira (2003), outras definições enfatizam que o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade é um quadro com três características básicas de

comportamento da criança: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Tais sintomas se manifestam em diversas situações, tanto em casa como na escola, ou outras situações sociais, e sua intensidade pode variar em cada caso.

Uma avaliação completa por um profissional treinado é a única maneira de saber com certeza se a criança tem TDAH, a estrutura da casa e na escola também são importantes.

Portanto, a criança hiperativa é agora considerada com a que tem um distúrbio comportamental caracterizado principalmente pela incapacidade de manter a atenção sobre uma situação, por um período razoavelmente longo de tempo.

CAPÍTULO II – O DIAGNÓSTICO DE HIPERATIVIDADE

2.1 CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS DA CRIANÇA HIPERATIVA

Analisar o comportamento da criança é a tarefa prioritária dos pais e educadores. Muitas vezes compreende-se que isso não é suficiente, mas é difícil saber se a causa é uma má absorção de hábitos de educação ou há uma causa fisiológica.

Neste sentido, o diagnóstico do TDAH é muito complexo, tendo como base uma avaliação clínica podendo necessitar do apoio de um neurologista, pediatra, e psiquiatra infantil.

Rohde (2003) afirma que esta avaliação deve ser obtida a partir da observação do comportamento da criança e as informações expostas por pais, escola, outros parentes, etc. Assim definiu alguns critérios como forma de melhor diagnosticar a hiperatividade. Conforme a tabela 2.1:

Tabela 2.1- Critérios para a diferenciação diagnóstica de TDAH

Desatenção	Hiperatividade	Impulsividade
<ul style="list-style-type: none">• Falha para prestar atenção a detalhes• Dificuldades para manter atenção sustentada nas tarefas• Frequentemente parece não escutar quando se fala diretamente com ele (a)• Frequentemente não segue instruções ou	<ul style="list-style-type: none">• Mexe os membros com frequência ou se move na cadeira• Levanta-se da cadeira na sala de aula ou em outros locais onde é esperado que permaneça sentado• Corre ou sobe excessivamente nas coisas	<ul style="list-style-type: none">• Explode em respostas antes das questões serem completadas• Tem dificuldades em esperar a sua vez• Frequentemente interrompem os outros

<p>falha na finalização de tarefas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade para organizar tarefas ou atividades • Frequentemente perde coisas necessárias para a realização de tarefas • É facilmente distraído por estímulos externos • É frequentemente esquecido em atividades diárias 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldades para brincar calmamente • Está frequentemente "a ponto de" " e parece "ligado em um motor" • Fala excessivamente 	
--	---	--

Fonte: Rohde (2003: 30)

Para Gentile (2004), a classificação TDAH integra o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Expondo por Lancet (2007), pode-se colocar como principais características da criança hiperativa:

1. Atenção: Ainda que varia de criança para os outras, geralmente é difícil de fixar sua atenção nas tarefas, especialmente se elas exigem uma demorada e monótona execução.
2. A impulsividade: A criança é incapaz de pensar antes de agir, é muito difícil esperar sua vez em atividades de grupo, fica mais envolvido nas conversas de adultos, expressando sua opinião sem ser solicitado.
3. Agitação: Não mostra o mesmo grau em todas as crianças hiperativas, mas é claro que o controle a sua atividade, estão em constante movimento fazendo movimentos desnecessários alheios à tarefa que você está fazendo em cada momento.

4. Obediência: É difícil para uma criança obedecer as instruções e regulamentos não suportando em ser contrariada, e se isso acontecer, pode acontecer de gritar, bater e chorar, às vezes tem uma crise real.

5. Variabilidade de Desempenho : A criança não realiza o seu trabalho mais rapidamente e com precisão todos os dias, por isso que pais e educadores são levados à crença de que a criança é preguiçosa, onde o rendimento é menor.

É visto pela prática docente que na escola têm dificuldade em fixar sua atenção sobre a escrita de tarefas que exigem para se sentar. Mais facilmente realizavam atividades físicas (esportes), sendo que essas atividades são mais adequados à sua natureza.

Portanto uma apresentação clínica do TDAH pode se alterar de acordo com o estágio do desenvolvimento da criança, mas que com o seu amadurecimento acredita-se que tais sintomas possam desaparecer na adolescência.

Petry (1999), cita que o diagnóstico do TDAH pode ser estabelecido através de uma avaliação clínica, com critérios definidos pela equipe disciplinar na área da saúde, o qual esta pode classificar como o DSM-IV-TR ou a CID-10, tomando como critérios padrão:

Tabela 2.2 - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV-TR

Desatenção	Hiperatividade
a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra	a) freqüentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira b) freqüentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado c) freqüentemente corre ou escala cm demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

<p>d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)</p> <p>e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades</p> <p>f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)</p> <p>g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex. brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)</p> <p>h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas</p> <p>i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias</p>	<p>d) com freqüência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer</p> <p>e) está freqüentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"</p> <p>f) freqüentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas</p> <p>g) com freqüência tem dificuldade para aguardar sua vez</p> <p>h) freqüentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros</p> <p>A. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presente antes dos 7 anos de idade.</p> <p>C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola ou trabalho) e em casa.</p> <p>D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.</p>
---	--

Fonte: Petry, 1999

Para Pereira (2005), não há características físicas ou que possam ser vistas por exames de imagem que comprovem o diagnóstico de TDAH, sendo que é sugerido o uso do DSM-IV-TR como forma de se concentrar o diagnóstico para hiperatividade, ou usado como forma de sua exclusão.

Complementando por Rohde (2003), os sintomas não ocorrem exclusivamente por um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou qualquer outro Transtorno, vem de acordo com o modelo exposto pela DSM-IV-TR que é mais conceitual, que visa definir um padrão de comportamento clinicamente significativo e associado a um desconforto, um obstáculo ou um risco de ter aumentado significativamente a dor, incapacidade ou perda de liberdade.

Portanto, o profissional clínico deve investigar os sintomas de TDAH em conjunto, paciente, pais e professores, sendo estabelecido este a partir da aquisição

de dados através de diferentes opiniões sobre o dia a dia desta criança com hiperatividade.

Segundo Gentile (2000), fatores culturais podem influenciar sobre as manifestações clínicas do TDAH, se fazendo necessário discernir sobre os fatores que desencadeiam transtornos psicossociais, a exemplo o conflito de relacionamento entre pais, pois a alteração comportamento pode estar mais disposta por um problema de conflito em família do que a hiperatividade em si.

Neste sentido, Possa (2005) realizou um estudo com cerca de 37 (trinta e sete) crianças, na faixa de 7 (sete) anos de idade, em que apresentavam comorbidades psiquiátricas que levavam a complicação do diagnóstico em TDAH, conforme demonstra-se pela tabela 2.3:

Tabela 2.3 – Análise das comorbidades para TDAH

Diagnóstico	Hiperativo (H) ou Desatento (D)	Combinado	Total
Apenas TDAH	11* (8 D + 3 H)	4	15
TDAH + TC	3 (3 D)	11*	14
TDAH + TDO	2 (2 D)	3	5
TDAH + TOC	1 (1H)	2 ^a	3

*p<0,05 teste exato de Fisher. ^aTDAH+ TOC + TC.

Fonte: Possa, 2005

Assim, conforme exposto pela figura 2.3, compreende-se que o desenvolvimento do TDAH está diretamente associado a um desempenho escolar deficiente.

Neste sentido, em tese, afirma-se que é necessário realizar uma varredura sobre as relações conflituosas sobre o aluno hiperativo podendo também estar associada a um transtorno de conduta.

Por fim, como forma em de se diagnosticar hiperatividade, Hallowell (2001) expõe esta estar atribuído a um fator genético, a etiologia, sustentando a tese que pais que possivelmente apresentam TDAH na infância, passam a gerar filhos com

este transtorno, mas que pode ser sanado com medidas de acompanhamento psicológico desde os primeiros anos de vida.

2.1.1 Grupos etários implicados - Faixas etárias envolvidas

Embora o diagnóstico geralmente ocorre em crianças, a definição da síndrome não exclui os adultos, que podem detectá-los também.

De acordo com Sousa (2001) conceitos atuais, já naquele período, mais de 60% das crianças envolvidas, pode manifestar a síndrome na idade adulta.

Por isso, os sintomas da hiperatividade são expressos menos em adultos, especialmente através de uma boa socialização aprenderam a desenvolver um comportamento normal.

A evidência de que estes sintomas, em particular, tendem a desaparecer após a adolescência, levou o conceito de que o TDAH fez também. No entanto, segundo Possa (2005), o déficit de atenção e impulsividade ocorrem na idade adulta sob novas formas, especialmente como uma deterioração da função executiva.

Por esse motivo, é também entendido que aqueles que foram diagnosticados, e os adultos, os adultos de TDAH, o transtorno sofrido durante a infância.

2.1.2. Organização Mundial de Saúde e a classificação do TDAH

TDAH como uma entidade clínica está consagrado na Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10), o que representa um quadro etiológico.

Para Souza (2001), o funcionamento e a incapacidade associada com esta desordem são discutidos na Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde (CIF), este último também publicado e patrocinado pela Organização Mundial da Saúde e adotado mundialmente.

De acordo com Benczik (2002) pode ser reconhecido três subtipos de TDAH:

1. Com a prevalência de déficit de atenção. (código CID-10: F98.8)
2. Predominantemente comportamento impulsivo e hiperatividade. (CID-10 Código: F90.0)
3. Tipo Combinado, onde as duas condições anteriores ocorrem simultaneamente. (CID-10 Código: F90.0)

De acordo com Pereira (2005), apesar de vários códigos, os critérios do DSM-IV para o diagnóstico desse transtorno são virtualmente idênticos aos especificados na CID-10.

Quanto a estas últimas, exige, no mínimo, seis sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade um três. O índice é adotado em nome desta doença e a atividade de atenção, entidade que integra, por sua vez, o grupo de transtornos hipercinéticos.

Complementando por Lancet (2007), um diagnóstico adequado não é apenas a presença de sintomas (avaliada por critérios padronizados de DSM-IV e CID-10), mas também como resultado do mesmo, uma perturbação significativa em áreas importantes por indivíduo, como relações de família, a academia, negócios e lazer.

Na medida em que o desempenho do indivíduo nestas áreas vem sendo prejudicada por causa dessa síndrome comportamental, a intervenção terapêutica pode ser uma contribuição decisiva para uma melhor qualidade de vida dos hiperativos.

2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL - DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO PARA TDAH

Como exposto anteriormente, o TDAH é um distúrbio de aprendizagem, embora em muitos casos, podem ser apenas específicos para déficit de atenção do que os sintomas estão mais relacionados com distúrbios de aprendizagem.

Neste âmbito, Sousa (2001) realizou uma pesquisa com 28 pacientes onde levantou que poderia ou não ter hiperatividade, conforme seguem:

Tabela 2.4 – Distribuição entre formas de TDAH

	Homens	Mulheres	Total
Hiperativos	13	9	22
Não Hiperativos	4	2	6
Total	17	11	28

Fonte: Souza, 2001

Tabela 2.5 – Distribuição segundo DSM-IV-TR

Homens H+	Homens H-	Mulheres H+	Mulheres H-	Diagnóstico
1	2	1	0	Apenas TDAH
2	0	1	1	+ Depressão
5	0	5	1	+ Ansiedade
6	0	1	0	+ TOD
5	1	4	1	+ T. Conduta
5	1	2	0	+ Fobias
0	0	1	0	+ Abusos de Subst.
2	0	0	0	+ Enurese
0	0	1	0	+ TEPT
1	0	0	0	+ Tourette
0	0	1	0	+ Encoprese

H+, com hiperatividade; H-, sem hiperatividade, TOD, transtorno opositivo-desafiador, TEPT, transtorno de estresse pós- traumático

Fonte: Souza, 2001

Souza (2001) observou pelas tabelas 2.4 e 2.5, que do total da amostra, em apenas dos 24 casos apresentam a comorbidade (85,7% dos casos) para TDAH, citando que destes, 16 pacientes apresentavam a mais o transtorno de conduta.

Complementando, também não há correlação da comorbidade entre este transtorno e desenvolvimento intelectual acima da média. Nos testes psicrométricos do IQ, a idiossincrasia particular da doença perturba os resultados, limitando a capacidade efetiva de medir adequadamente o QI da pessoa. Isso ocorre porque os testes exigem manutenção da atenção sustentada, em muitos casos não ocorrem em indivíduos com TDAH.

Um mau desempenho escolar não é necessário nem suficiente para o diagnóstico de hiperatividade, porém, a importância destes transtornos é que muitas vezes motivam a consulta e permitem um diagnóstico nos casos em que os critérios sejam cumpridos.

A incidência destes comportamentos sobre as medidas obtidas não é necessariamente decisivo, mas pode ocorrer a imposição de margens de erro para essa população.

Todavia, Benczik (2002) afirma que foi possível verificar essa relação ainda avaliando indivíduos com diferentes graus de comportamento desmotivado como em primeira instância, sem tratamento médico e, em seguida, esses testes de QI podem ser usados, entretanto, como forma de excluir o diagnóstico de TDAH, como no caso de desempenho inferior, a imagem pode ser melhor explicado pelo atraso mental, de modo que seria inadequado o diagnóstico de TDAH.

Por outro lado, parece que um dos principais obstáculos para a detecção precoce da síndrome ocorre em pacientes equipados com uma inteligência acima da média, que, nos termos que não compõem os sintomas da doença, além da fase de escola normalmente.

No entanto, nestes casos de TDAH, muitas vezes torna-se visível sobre o fim da adolescência, na medida em que aumenta a complexidade das interações com o ambiente.

De acordo com Rohde (2003), em muitos casos, estas co-morbidades que são detectadas e diagnosticadas, muitas vezes passam despercebidas por serem uma desordem estrutural e utilizado para justificar o início dos sintomas.

Em suma, o diagnóstico de TDAH é de caráter clínico, dado através de entrevistas com pais e filhos, a avaliação das informações para professores, exame físico e testes laboratoriais para enfim, se pronunciar problema.

CAPÍTULO III- HIPERATIVIDADE E A INDISCIPLINA EM SALA DE AULA

3.1 OS ASPECTOS DE O COMPORTAMENTO INDISCIPLINAR E SUAS RELAÇÕES COM A HIPERATIVIDADE

Uma das dificuldades mais comuns enfrentadas pelo professor é o “controle de disciplina”, o qual está diretamente ligada à prática docente, mas que dependendo de uma situação de hiperatividade, a prática docente deve estar atenta para não se considerar um comportamento de desobediência como um ato de desafio a sua autoridade, mas a uma situação que deve estar sendo trabalhada em conjunto com pais, escola e apoio em laudos de profissionais da área da saúde.

Expondo por Allen (apud Lipp, 2000), em 1979 este pesquisador já citava a hiperatividade em sala de aula como um distúrbio do desenvolvimento, sendo concebida como atraso no desenvolvimento cognitivo, que é um padrão de comportamento persistente, caracterizada por agitação e desatenção ao excessivo e manifestar em situações que necessitem de inibição motora.

Manning (2001) define que:

- 1/3 ou mais de todas as crianças que apresentam TDAH poderão ficar para trás na escola, no mínimo uma série.
- Cerca de 25% destas crianças poderão ser suspensas ou mesmo, serem expulsas por problemas de conduta.

Barbosa (2000) cita que entre 3% e 5% de crianças em idade escolar são hiperativas, possuindo um comportamento inquieto, impaciente, impulsivo, não incidindo sobre os objetivos ou finalidades, saltando de um lado para o outro, que não seguem o que é dito, portanto, aumentando mais os índices de medidas repreensivas sobre estas.

Assim, uma criança que apresenta um comportamento excessivamente inquieto, agitado, com tendência a uma certa agressividade no seu comportamento, podem se destacar do grupo devido a sua dificuldade de aceitar e cumprir as normas, tomando como exemplo a figura 3.1:

Figura 3.1 – Características comportamentais de hiperativos



Fonte: Ciasca(2008:57)

De acordo com Weiss (apud Benczik, 2002:44), um dos aspectos mais marcantes da criança portadora do TDAH consiste nos seus relacionamentos, que se criam uma interligação aos seus problemas que se envolvem em casa, na escola e com os amigos, passando a serem mal vistas por seus colegas, professores, irmãos e pais.

O que conta como indisciplina em uma escola ou sala de aula não pode ser visto dessa forma em outros lugares, o professor pode variar em seu padrão de

disciplina, dependendo das circunstâncias tais como a idade ou fase da turma, a história ou a reputação de um aluno em particular

Ciasca (2008) cita que no período pré-escolar a criança move-se rapidamente pela sala, mostrando uma ampla variedade de comportamentos impulsivos juntamente com os hiperativos, predominando um comportamento de desatenção degradando o seu desempenho acadêmico.

Para Possa (2005), a criança hiperativa possui dificuldade em realizar tarefas em grupo na sala de aula e contudentemente, dificuldade para realizar atividades independentes, isso se estende para as aulas de educação física, onde não aceita ordens, e não segue regras de jogos e brincadeiras.

Entretanto, é visto que toda criança tem um certo grau de teimosia que faz parte do processo evolutivo infantil, mas quando ocorrem uma conduta persistente sobre teimosia ou mesmo atitudes agressivas, isso sugere um distúrbio-sinal que deve se visto não mais como uma ato de desobediência, neste âmbito, pode-se expor pela tabela 3.1 dificuldades que transmitem este sinais, podendo então se centralizar um pré diagnóstico de hiperatividade, conforme segue:

Tabela 3.1 – Dificuldades de conduta do TDAH

Dificuldade de Ordem Geral	Dificuldades Físicas	Dificuldades Cognitivas	Dificuldades Emocionais	Dificuldades Sociais
<ul style="list-style-type: none"> - Não consegue persistir em realizar tarefas. - Precisa constantemente mudar de atividades. - Desânimo - Não compreendem ordens de conduta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de controle motor - Fala apressada, sem ordenação de idéias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de auto regulação de comportamento (limites) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reações desproporcionadas, subjetivas para o ambiente. - Alteráveis, multáveis e fráteis facilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade em cumprimento de normas. - Auto-negativos quando punidos. - Reação descontrolada quando contrariado.

Fonte: Topczewski (1999:43)

Orofino (1999), relata que em casos onde possam ser constatados uma conduta acentuada e permanente, é necessário buscar um entendimento se essa conduta possui uma causa orgânica, ou mesmo de fundo físico, sugerindo um tratamento neurológico e ou/ psicológico.

Nestes aspectos, para La Taille (1996), mesmo pensando que indisciplina está diretamente ligada ao comportamento de desobediência; desordem, parte dos professores a consideram um ato inadequado na conduta escolar, dos quais tem por características:

- falar demais;
- é impulsiva;
- dá respostas precipitadas, antes de ouvir a pergunta inteira;
- tem dificuldade de aguardar sua vez;
- se intromete na conversa dos outros ou a interrompe.

De acordo com Weiss (apud Barbosa, 2000), crianças que apresentam hiperatividade, em sala de aula demonstram um comportamento de inibição do relacionamento em grupo e dependendo da situação, um certo grau de agressividade quando são contrariadas.

Crianças com TDAH têm dificuldade em controlar o comportamento e emoções, para obter o controle do comportamento deve ser primeiro um controle externo de porque este é o processo natural de aquisição de auto-controle, esse controle externa que visa promover através do uso apropriado de estratégias educativas que os pais e os professores devem aplicar de forma consistente e persistente.

Com o tempo, esse controle externo é internalizado e a criança torna-se mais auto-controle, pois proporciona maiores benefícios em termos de adaptação familiar, social ou acadêmica.

Topczewski (1999), afirma que o TDAH, pode não também atrelado apenas aos indisciplinados, é visto em sala de aula na forma como a criança se apresenta, como desatenta, desligada ou mesmo, não conseguem organizar tarefas com objetivo específico.

Portanto, para Barbosa (2000), os comportamentos em sala de aula que possa a ser considerado como indisciplina, tais como agitação, abandonar cadeiras fora de ordem, brincadeiras fora do momento apropriado, intromissão em conversas ou mesmo falar demasiadamente, não são considerados comportamentos de portadores de TDAH necessariamente.

Respaldando-se em Gesell (1998), crianças na fase escolar, entre seus 7 e 10 anos podem apresentar um comportamento ativo, sendo agressivo ou violento, conforme ambientes adversos que promovam um espírito crítico e competitivo, sendo que na fase dos 10 a 12 anos esta situação muda para um comportamento mais receptivo, deixando a agitação.

Com a gestão de contingência prevê o controle externo do comportamento para a criança viver as vantagens desse controle (recebendo aprovação social, aumento da sensação de auto-eficácia e aumento da auto-estima) e motivá-los a exercer de forma autônoma.

Procedimentos e técnicas de solução de problemas são destinadas a internalizar as linhas objetos de uma ação generalizada a várias situações para aumentar o seu auto-controle.

3.2 MEDIDAS PARA A CORREÇÃO E ORIENTAÇÃO SOBRE OS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E INDISCIPLINA EM SALA AULA PARA CASOS DE TDAH

É visto que crianças que apresentam impulsividade é anormal para TDAH, mesmo que não consegue parar de mexer nas coisas dispostas em sala de aula, tem falas em momentos inapropriados ou mesmo não tem domínio nem do que já fora dito.

Para Orofino e Zannelo (1999), crianças impulsivas tem constantes conflitos em sala de aula, que para a hiperatividade, pode ser demonstrada na forma de

irritabilidade, choro e teor de agressividade, ou mesmo por mudanças freqüentes e súbitas de seu humor.

Assim, é visto que no período de inclusão escolar que tais manifestações são mais evidentes para crianças hiperativas, por apresentar problemas quanto à exigências de tarefas, como leitura e escrita, pois tais ações pede maior concentração.

Segundo Jones (2004), na idade escolar, crianças com TDAH estão predispostas a uma maior probabilidade a repetência, devido o seu baixo rendimento, levando a evasão escolar, ou seja, o seu fracasso na consonância educacional.

Em sala de aula, Sousa (2001), destaca como aluno hiperativo aquele que apresentar:

1. Um ser do tipo desatento, com sinais que incluem:
 - incapacidade de prestar atenção a detalhes ou uma tendência a fazer erros por descuido em atividades escolares ou outras atividades
 - dificuldade de atenção sustentada em tarefas ou atividades lúdicas
 - aparentes problemas de audição
 - dificuldade em seguir instruções
 - problemas com a organização
 - evasão ou não gostar de tarefas que exijam esforço mental
 - tendência a perder coisas como brinquedos, computadores portáteis, ou esquecimento em atividades diárias

2. Um ser hiperativo-impulsivo, com sinais que incluem:
 - remexer muito o corpo
 - dificuldade em permanecer sentado
 - excessivo, correndo ou escalando

- dificuldade em brincar em silêncio
- sempre parecendo estar constantemente “ligado”
- excessivo em falar
- impor respostas antes de ouvir a pergunta completa
- dificuldade à espera de uma vez ou em linha
- problemas com a interromper ou intrrometer

3. Um ser do tipo combinado, que envolve uma combinação dos outros dois tipos, e é o mais comum

Por isso, professores que possuam alunos com problemas relativos à hiperatividade, devem deter maior paciência e disponibilidade de atenção, por conta da sua baixa auto-estima tanto como, pelo fato de apresentar dificuldades na concentração. Conseqüências de um comportamento estão diretamente relacionados com os eventos que entram imediatamente antes ou depois deles.

Tabela 3.2 apresenta exemplos de modelos comportamentais que se referem a vários eventos ao comportamento em sala de aula do aluno portador de TDAH.

Tabela 3.2 – Modelos de correção e orientação para aluno de TDAH

Modelo	Técnicas
Ações Preventivas - gestão de sala de aula	Práticas eficazes de ensino, acompanhamento freqüente, regras e procedimentos claros, o louvor social, e assim por diante
Comportamentos pró- sociais	Sistemático reforço, modelagem de comportamentos pró- sociais, a instrução verbal.

Educação Moral Discussões em sala de aula morais da vida real dilemas, situações hipotéticas e literatura.

Resolução de problemas sociais Ensino direto de habilidades (por exemplo, pensar alternativas, meios-fins pensamento), a formação auto-instrução, dialogando

Modelos de comunicação eficaz Atividades de esclarecimento de valores, a escuta ativa, comunicação e treinamento de habilidades interpessoais para alunos e professores.

Focalizando correção e controle de Mau Comportamento

Modificação do comportamento Instruções diretas; técnicas de reforço, incluindo elogios social, os reforços de material; técnicas orientadas para a punição, incluindo uma repreensão verbal, o custo de resposta; técnicas de contingência grupo, como o bom comportamento.

Disciplina assertiva O uso sistemático de técnicas de modificação de comportamento com o acompanhamento contínuo.

Terapia da Realidade Confronto questionamento, a resolução de problemas, a contratação de comportamento, conseqüências lógicas, de tempo, as técnicas preventivas.

Concentre-se em tratamento

Treinamento de habilidades sociais Instrução direta, modelação e ensaio, treinamento, auto-instrução, manipulação de antecedentes e conseqüências

Agressão - formação substituição Aptidões técnicas de treinamento, auto-instrução (por exemplo, treino de controle da raiva), discussões morais

Formação em gestão de pais	Treinamento de pais na aplicação de técnicas comportamentais
A terapia familiar	Variedade de técnicas terapêuticas e educacionais, dependendo do modelo particular
Terapia comportamental	Variedade de técnicas cognitivas, comportamentais e operante

Fonte: Adaptado de Manning (2001:77)

Lipp (2000) cita que Venegas pesquisou sobre hiperatividade em sala de aula e percebeu que professores despreparados, tendem a exclusão destes por classificá-los como “bagunceiros” ou que não aceitam ordens de conduta, sendo um ser inconveniente para os demais colegas de classe, por isso o pesquisador propõe três níveis de intervenção para alunos hiperativos.

1º) Nível Preventivo – o professor, em primeiro plano, prever ações do aluno hiperativo, para que suas condutas mais aparentes não se manifestem, caso ocorram, deve ser controlado ou mesmo eliminados, mostrando que tal ação implica em prejuízo do seu rendimento e mostrando caminhos para a sua melhoria de desempenho escolar e das suas relações interpessoais.

2º) Nível de Apoio - o professor deve sempre expor ao aluno as condutas que devem ser evitadas, tanto como suas conseqüências, reforçando sistematicamente para assim serem incorporadas por ele.

3º) Nível Corretivo – quando o aluno chega a um comportamento fora das regras, cabe o professor reorientá-lo, mas caso este não assemelhe tal ação, o professor deverá aplicar medidas de correção, para que o aluno se oriente para não voltar a ter um comportamento fora dos padrões.

O professor deverá desenvolver um repertório de intervenções, desde que esta esteja condizente à sua prática pedagógica, para atuar de forma eficiente no ambiente da sala de aula com a criança hiperativa.

Segundo Gentile (2000) pode-se utilizar métodos alternativos como forma de melhorar o comportamento de uma criança hiperativa:

- a) Trabalhar com pequenos grupos de forma que as crianças hiperativas participem, evitando seu isolamento;
- b) Dar tarefas curtas ou intercaladas, para que elas tenham oportunidade de concluí-las sem se distraírem,
- c) Elogiar sempre os resultados;
- d) Usar jogos e desafios para motivá-los.

Barkely (2002) afirma que para que tais métodos tenham sucesso, é necessário um série de intervenções, pois todo o comportamento segue um conjunto de regras coerentes.

Os métodos podem ser desenvolvidos para a definição, observação, medição e comportamentos, bem como a criação de intervenções eficazes, técnicas de modificação de comportamento nunca falham.

Outra forma de medida preventiva é a de um reforçamento positivo e análise do reforço negativo para aumentar tanto o comportamento de tarefa e trabalho de conclusão de alunos hiperativos.

Tomando como exemplo a tabela 3.3:

Tabela 3.3 - Técnica efeito, o comportamento e consequência

Classificação	Comportamento exibido	Conseqüências	Provável efeito sobre o comportamento futuro
----------------------	------------------------------	----------------------	---

O reforço positivo	Jane limpa seu quarto.	Os pais de Jane elogiá-la.	Jane vai continuar a limpar seu quarto.
O reforço positivo	Carmen escovas os dentes após as refeições.	Carmen recebe um centavo de cada vez.	Carmen vai continuar a escovar os dentes após as refeições.
O reforço positivo	Rob trabalha silenciosamente em seu lugar.	O professor elogia e recompensa Rob.	Rob vai continuar a trabalhar tranquilamente no seu lugar.
O reforço negativo	Jason reclama que os meninos mais velhos consistentemente espancá-lo, e ele se recusa a freqüentar a escola.	Jason - pais lhe permitem permanecer em casa por causa de suas queixas.	Jason vai continuar a faltar à escola.
O reforço negativo	Balin se queixa de dores de cabeça quando é hora de fazer lição de casa.	Balin -é permitido ir para a cama sem fazer sua lição de casa.	Balin terá dores de cabeça sempre que há trabalho de casa para fazer.
Extinção	Jim lavagens de carro de seu pai.	Carro de Jim comportamento de lavagem é ignorado.	Jim vai parar de lavar o carro do pai.
Extinção	Carmen coloca cola no banco de Joe.	Carmen é ignorado.	Carmen vai parar de colocar cola no banco de Joe.

Fonte: Adaptado de Jones, 2004

Crianças com TDAH podem muitas vezes ser mais interessado em outras tarefas do que aquelas em que o professor está se concentrando. Isto leva a atividade significativamente mais improdutiva e desigual, o comportamento em sala de aula imprevisível. Curiosamente, as taxas globais de interações negativas professor-aluno envolvendo alunos típicos são também mais elevados nas salas de aula com crianças com TDAH.

Em contextos escolares, as crianças com TDAH parecem experimentar conseqüências negativas devido ao seu temperamento e um histórico de desempenho, que muitas vezes envolve começo, mas não conclusão das tarefas.

Muitos professores nessa situação, infelizmente, tendem a se concentrar sobre o mau comportamento e não na redução ou cessação do comportamento. Isso pode perturbar ainda mais a sala de aula, perturbando os outros alunos.

Este padrão natural de professores pagando menos atenção para o comportamento desejável e mais atenção aos comportamentos indesejáveis, como as crianças progresso através da escola, coloca as crianças com TDAH em uma desvantagem maior do que seus colegas.

Para Lipp (2000), nas séries iniciais poucos, quando os professores parecem estar fazendo um esforço consciente para reforçar positivamente os alunos, a criança com TDAH, muitas vezes não recebe a sua quota de reforço.

Programas de reforço positivo devem começar no nível em que as crianças podem ter sucesso e ser positivamente reforçado. Com demasiada freqüência, os professores criam maravilhosos programas de comportamento, mas estabelecem critérios para o sucesso inicial muito elevado.

A criança com TDAH neste sistema raramente alcança o sucesso. Problemas de comportamento devem ser definidos em termos operacionais e, em seguida, um nível de ocorrência de linha de base deve ser obtido.

Em primeiro lugar, proporcionar um reforço quando a criança é igual ou ligeiramente melhor do que da linha de base. Por exemplo, na primeira série, Jeremy estava fora de sua sede 10 vezes durante um período de trabalho, desde então seu professor de reforço, quando ele estava fora de seu assento não superior a oito vezes.

Enquanto a criança foi bem-sucedida, os critérios necessários para o reforço pode ser gradualmente aumentada, exigindo menos comportamentos fora do banco durante um determinado período de tempo.

Ao contrário, eles são aplicados de forma ineficiente, ou seja, inconsistente, o que leva a menos desejada mudança. Todo comportamento é mantido, alterado ou em forma com as conseqüências desse comportamento.

Embora existam certos limites, tais como influências temperamental ou emocional relacionado com o aluno portador de TDAH ou depressão, todas as crianças funcionar mais eficazmente com o conjunto correto de suas conseqüências. Reforços são conseqüências que fortalecem o comportamento.

CAPÍTULO IV – ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS COMO FORMA DE MELHORIAS PARA A APRENDIZAGEM DE ALUNOS HIPERATIVOS

A criança com TDAH, têm na maioria dos casos, problemas na escola, seus sintomas podem tornar-se extremamente difíceis em relação a se sentar inda na classe, incomodar os seus colegas ou executar as tarefas corretamente e na hora certa.

No entanto, o professor pode ajudar através da implementação de medidas relativamente simples, mas muito eficaz.

Seu objetivo é minimizar as deficiências dos alunos TDAH, reforçando seus pontos fortes.

Isso é conseguido para evitar erros descuidados, ajudando-os a concluir suas tarefas e reduzir o seu mau comportamento, melhoria do ambiente de sala de aula.

Conforme sugere Weiz (2002), estas técnicas estão no quadro de princípios para o ensino de alunos com TDAH. O professor deve confiar neles para fazer mudanças na maneira de abordar os seguintes conceitos:

- A disposição da sala de aula
- Instruções de Materiais de Ensino
- Fraquezas acadêmicas
- Lição de casa
- A participação ativa
- Comportamento
- Incentivo, apoio e auto-estima
- Colaboração com os pais

Tomando como exemplo a tabela 4.1:

Tabela 4.1 – Tipos de Reforço para Professores em atendimento ao TDAH

Imediatamente	Quanto mais o professor espera reforçar um aluno, o menos eficaz reforçador será. Isto é particularmente verdadeiro para os estudantes mais jovens ou estudantes com deficiências graves. Por exemplo, a eficácia reforçadora é limitada, se o estudante tem que esperar até o final da semana para recebê-lo.
Freqüentemente	Representa freqüentemente o reforço de um estudante. É especialmente importante reforçar freqüentemente quando um aluno está aprendendo um novo comportamento ou habilidade. Se os reforços não são dados com freqüência suficiente, o aluno pode não produzir a quantidade suficiente de um novo comportamento para se tornar bem-estabelecida. A regra padrão é de três ou quatro reforços positivos para cada conseqüência negativa (incluindo comentários negativos verbal) que o professor entrega. Se, no início, há uma grande quantidade de comportamentos inadequados para que o professor deverá comparecer, reforço positivo e do reconhecimento de um comportamento adequado deve ser aumentado de acordo com o desejado manter três ou quatro positivos para cada negativo. O reforço pode ser um reforçador social simples, como "Bom trabalho. Você terminou sua tarefa de matemática."
Entusiasmo	E a primeira representa o entusiasmo na entrega do reforçador. Modulação da voz e emoção, com um ar de congratulações saber que o aluno tenha feito algo importante. Para a maioria dos professores, parece artificial em primeiro lugar. No entanto, com a prática, o entusiasmo faz a diferença entre reforçadores entregues de forma monótona e desinteressante que indica que algo importante ocorreu no qual o professor está interessado.
Contato com os olhos	Também é importante para o professor olhar o aluno nos olhos ao dar um reforçador, mesmo se o estudante não está olhando para ele ou ela. Como o entusiasmo, o contato visual sugere que o aluno é especial e tem atenção exclusiva do professor. Com o tempo, o contato de olho pode se tornar reforço em si.
Descrever o comportamento	Representa para descrever o comportamento que está sendo reforçado. O jovem estudante ou a mais grave a deficiência, o mais importante é descrever o comportamento adequado que está a ser reforçada. Os professores muitas vezes assumem que os alunos sabem o que é que

	<p>eles estão fazendo para a direita, que resultou na entrega de reforço. No entanto, isto não é freqüentemente o caso. O aluno pode não saber por que o reforço está sendo entregue ou podem pensar que ele está sendo entregue para algum comportamento diferente do que o professor pretende reforçar.</p> <p>Mesmo que o aluno não sabe qual o comportamento está a ser reforçada, descrevendo o que é importante. Em primeiro lugar, descrever o comportamento evidencia o comportamento e enfatiza que o professor pretende reforçar. Em segundo lugar, se o comportamento tem várias etapas, descrevendo o que ajuda a rever as expectativas específicas para o aluno.</p>
Antecipação	<p>Construindo o excitamento e a antecipação para o salário de um reforçador pode motivar os alunos para fazer o seu melhor. Apresentar o potencial reforçador de uma forma misteriosa também aumenta a expectativa.</p>
Variedade	<p>Assim como os adultos, os alunos se cansam das mesmas coisas. Um reforço certo pode ser altamente desejável, mas, após exposição repetida, perde a sua eficácia. É fácil obter apanhados em dar aos estudantes a tempo reforçadores de idade e ao mesmo tempo novamente. No entanto, a variedade é a especiaria da vida para todos. Geralmente, quando os professores são questionados por que não variam seus reforços, eles indicam que funcionou muito bem uma vez. É necessário mudar freqüentemente de reforços para fazer os reforços mais eficazes.</p>

Fonte: Rohde (2003, p. 115)

Muitas dessas técnicas expostas pela tabela 4.1, também podem ser usados em adolescentes com TDAH embora, nestes casos, deve ser incorporado padrões mais complexos.

Mas, compreendendo sobre a disposição em sala de aula, Gentile (2000), afirma que organizar a sala de aula com carteiras em filas separadas, fornecerá o movimento da classe e do acesso de todos os alunos e por sua vez, promover o trabalho dos alunos independente.

O aluno com TDAH, alocado perto de sua mesa do professor ou perto dos estudantes pode ser um modelo.

Para Weiz (2002), é essencial para evitar distrações, portanto, se sente a criança longe de portas e janelas, e colocá-lo perto de sua mesa, ou considerar sentado ao lado de crianças que se comportam bem e estar atento e obediente.

Outra proposta é a modelagem, observação e imitação, em seguida, as crianças desenvolvem novos comportamentos.

Para Ferreira (2000), a modelagem pode ser tão simples como ter um filho ver outro filho afiar um lápis. Ao observar o modelo, uma criança pode aprender um novo comportamento, inibir outro comportamento, ou reforçar um comportamento aprendido anteriormente (por exemplo, dizer "obrigado").

Para usar o modelo de forma eficaz, o professor deve determinar se a criança tem a capacidade de observar e depois imitar o modelo.

Em sala de aula, a resposta de um estudante de modelagem é influenciada por três fatores:

1) as características do modelo (por exemplo, é este um estudante a quem os outros alunos gostam e respeitam?),

2) as características do observador (por exemplo, é esta criança capaz de observar e imitar o comportamento), e

3) as consequências positivas ou negativas associadas com o comportamento.

De acordo com Aroeira (2006), as crianças são mais propensas a responder a modelagem do professor quando eles vêem como seus professores competentes, carinho, apoio, divertido e interessante. As crianças também são mais propensas a imitar o comportamento que resulta em uma consequência positiva.

É visto pelo trabalho docente que as crianças menores possuem mais freqüentemente imitando os outros de sua mesma faixa do que crianças mais velhas. As crianças sempre elegem alguém como modelo que eles valorizam.

Weiz (2002) salienta que o modelo deve alguém bem sucedido e socialmente valorizado, se a criança observa um modelo a ser reforçado ou punido por um determinado comportamento, isso influencia a probabilidade de que a criança, seguir o exemplo deste.

Portanto, compreende-se que a modelagem é uma ferramenta poderosos, muitas vezes sub-utilizados por professores. Quando os professores são alegres e entusiasmados, suas atitudes são contagiosas. Quando eles são respeitosos dos estudantes, respeitar uns aos outros. Quando os professores são pacientes, justa, consistente e otimista, os alunos apresentam essas características também.

Assim, o comportamento do professor define o tom para o ambiente de sala de aula.

Em 1970, Kaplan (apud Barbosa, 2000: 122) descreve um efeito dominó nas transações entre professores e alunos mal-comportados que afetou não só os alunos mas também toda a sala de aula.

Os professores que foram empresa reduziu os comportamentos problema, tanto do primeiro filho, que se comportaram mal e daqueles estudantes que viram o comportamento do problema inicial. Quando os professores aplicadas regras, o efeito cascata trabalhou a seu favor.

Quando eles não conseguiram acompanhar, através de regras, o efeito cascata funcionou contra eles. Além disso, a posição social do aluno mau comportamento na sala de aula também foi um problema.

Quando os professores com sucesso o comportamento de desordeiros de status elevado, o controle tende a beneficiar a aula inteira.

Da mesma forma, o efeito cascata quando criminosos de alto status não foram geridos aumentou comportamentos negativos, entre outros.

Em suma, esperando o comportamento como alvo apropriado ou algo próximo, o mesmo pode ser usado para estabelecer comportamentos que não são rotineiramente expostos.

Walker e Shea (apud Rohde, 2003:128) descreveram as etapas para a eficácia da modelagem:

1. Selecione um comportamento-alvo e definir as estratégias de intervenção.
2. Observe quantas vezes o comportamento é exibido.
3. Selecione reforços.
4. Decidir sobre fechar aproximações e reforçar aproximações sucessivas para o comportamento de cada vez que ocorre.
5. Reforçar o comportamento recém-criado.
6. Reforçar o comportamento antigo em um horário variável, e começar a reforçar o novo comportamento em uma programação cada tempo ou contínua.
7. A chave para o sucesso é formação para reforçar a aproximação mais estreita e não reforçar aproximações menores.

Qualquer comportamento que remotamente se assemelha ao comportamento do alvo deve inicialmente ser reforçado.

Os passos em direção a uma aproximação sucessiva, no entanto, devem ser cuidadosamente pensados, caso contrário, os comportamentos que não estão funcionando em direção ao objetivo desejado podem inadvertidamente ser repetidos.

Por sua vez, Barbosa (2000) afirma que o professor deve procurar estar perto do seu aluno hiperativo enquanto ele descreve as aulas, dando instruções para as atividades ou simplesmente para acompanhar ou seguir o seu trabalho mais de perto.

Postar as regras e horários em local bem visível é viável para estar sempre presente para a criança. O professor pode colá-los na mesa, na pasta ou na parede como um pôster.

Sugere-se, em detrimento ao estudo, que o professor certifique-se que permanecem mesas bem arrumadas. Tente encorajar em vez de penalizar a sujeira limpa. Gaste cinco minutos todos os dias para classificar os livros, prateleiras e mesas (que contenham apenas materiais essenciais devem aparecer.)

De acordo com Ciasca (2008), o professor deve simplificar Os sentidos complexos. Ao dar uma ordem a seu aluno, manter contato visual e da ordem que as tarefas uma a uma, de forma clara e concisa. Isso vai evitar que a criança se sentir sobrecarregada.

Por isso, o professor deve certificar-se que o aluno compreendeu as instruções antes de iniciar a tarefa, podendo pode fazer perguntas o aluno com frequência para assegurar este compreenda exatamente o que é perguntado.

Weiz (2002) expõe que é necessário incentivas os alunos a fazer perguntas. A maioria das crianças com TDAH não faz perguntas por medo de ser ridicularizados.

O professor deve ter isso em mente e fazer seus alunos se sentem à vontade para perguntar o que ela não entende.

Neste âmbito, uma boa forma de minimizar as distrações e organizar tarefas é a de alterar o formato dos materiais. Desta forma, os alunos com TDAH podem se concentrar melhor e completar o seu trabalho mais rápido e organizado, tomando como sugestões de trabalho docente, de acordo com Petry (1999):

- Prepare-se bem espaçados materiais impressos em colunas separadas
- Use papel milimetrado para os problemas de matemática com alunos que têm dificuldade em seguir seqüências.

- Se possível, não misturar tipos diferentes de problemas de matemática na mesma página, ou de qualquer forma, traçar um círculo de cor para cada tipo de problema (verde para adições, subtrações, vermelho, amarelo para a regra de três, etc).
- As instruções devem ser curtas e claras, diagramas ou usar imagens para ajudar a esclarecer
- Ajudar o aluno com TDAH se concentrar em pontos-chave das instruções ou materiais. Para fazer isso, sublinhar ou destacar as palavras ou números com cores diferentes.

Quando a atribuição de tarefas que exigem muita leitura, o professor pode dar ao aluno uma visão global para ajudá-lo a se concentrar na tarefa mais importante.

Para isso, é possível sugerir o uso de calendários e livros para colorir. Projetar um esquema de cor-codificação de materiais, por exemplo, que o verde corresponde a matemática e, portanto, isto fará a plena organização do material utilizado de acordo com a exigência de cada disciplina.

A criança pode completar uma parte da tarefa, pedir ao professor para rever e corrigir antes de prosseguir para a próxima seção. Isto proporcionará apoio constante e incentivo a este aluno.

Outra seqüência seria as modificações acadêmicas, Lipp (2000) sugere incluir:

- Uma mistura de atividades. O aluno hiperativo deve começar com as menos atraentes, deixando-o mais agradável e, em seguida, como uma recompensa final.
- Utilizar o computador com materiais de aprendizagem, notícias e jogos que capture seu interesse.
- Ensino de habilidades de organização e de estudo, sempre adaptadas às tarefas específicas.
- Trabalho em grupo e aprendizagem cooperativa.
- Tempo extra (se possível) para realizar o trabalho.

Se a leitura é a sua fraqueza, Weiz (2002) afirma que o professor deve dar um tempo extra para a leitura, dispensando a quantidade de leitura exigida pela divisão em seções e que não permitem ao aluno uma leitura oral em sala de aula.

Outro cuidado está quanto à mudanças na rotina. Explicar de forma clara e anote em um calendário de rotina e estrutura para o início do ano.

O professor deve lembrar que uma criança com TDAH tem dificuldade em assimilar as mudanças (como exposto no decorrer do estudo), portanto, evitar a deslocalização física, interrupções ou mudanças de horários, e ajudar na mudança de classe e / ou assunto.

Neste sentido, de acordo com Fabris (2008), estimular os sentidos da criança para facilitar o trabalho da classe, são canais sensoriais mais utilizados para o aluno que obter a sua informação, o que é mais fácil de aprender, e que este irá utilizar suas habilidades sensoriais mais forte, por sua vez, o reforço mais fraco.

Isto pode ser conseguido através de vários recursos:

- Escrever as instruções na lousa e depois explicá-los, que a criança vai assimilar mais facilmente o que você tem que fazer.
- Use cores e padrões para ajudar os estudantes a visualizar os conceitos.
- O trabalho gráfico pode ser muito útil em ajudar os estudantes a escrever online números.
- Com crianças, é muito eficaz para aprender fórmulas e tabelas de multiplicação através de canções.

A criança com TDAH têm dificuldade em organizar, por conseguinte, requer que o professor supervisione as atividades diárias a serem executadas.

Ao longo do tempo, o professor poderá reduzir gradualmente a sua supervisão, mas lembrando-se que as crianças com TDAH precisam de ajuda mais do que outros. Não punir erros de ortografia. Incentivar a auto-correção, usando um dicionário em sala de aula.

Para Gesell (1998), afirma que incentivar a sua participação em sala de aula a modo de levantar questões e fornecer a criança com TDAH respondem por melhores oportunidades, pode levar a um aprendizagem cooperativa pode promover habilidades sociais.

O professor pode pedir aos alunos a ler em pares e grupos de trabalhos criados atribuírem papéis e responsabilidades.

Definir claramente seus objetivos para a criança, implementar um sistema de gerenciamento de desempenho em sala de aula pode ser considerado um reforço natural e positivo, em vez de punição.

De acordo com Lipp (2000), o professor deve continuamente reforçar o seu bom comportamento, recompensando-o imediatamente. Deve-se tentar reconhecer todos os seus esforços, pois é visto que um aluno com TDAH está trabalhando duro, mas às vezes eles parecem.

Outra situação é a de não colocar o aluno com TDAH em evidência, pois convites freqüentes para a atenção fazer a criança se sentir mal e envergonhado diante dos outros.

Por isso, é necessário se manter os pais informados regularmente sobre o progresso de seu filho. Os pais estão mais envolvidos, o maior sucesso da criança.

Isto requer que o professor mantenha um sistema de comunicação permanente com os pais para informá-los das dificuldades e melhorias no comportamento do seu filho.

O professor pode colocá-lo na prática diária ou semanalmente através do envio de um relatório escrito sobre a agenda de tarefas e reuniões mensais para saber qual é o interesse e o sucesso da criança fora da sala de aula.

CONCLUSÃO

A sala de aula é o lugar onde os problemas mais comuns identificados déficit de atenção e hiperatividade das crianças.

Geralmente, com base na revisão da literatura, podemos dizer que ainda não há concordância no diagnóstico de crianças com esses problemas e, portanto, não são canalizadas corretamente.

Pode-se notar também que os distúrbios comportamentais, particularmente, atenção e hiperatividade ou TDAH, muitas vezes se confundem com alguns indicadores de desempenho escolar durante a infância.

Os problemas da criminalidade na adolescência têm sido comumente associado a problemas de atenção com hiperatividade e fracasso escolar, por isso, é necessária a intervenção precoce em crianças na fase inicial da vida escolar e que possuam estas características, a fim de evitar um curso negativo do desenvolvimento adolescente de portadores de TDAH.

Os resultados vistos pelo decorrer do estudo sugerem que crianças com hiperatividade e sem hiperatividade, mas com problemas de atenção podem apresentar déficits de atenção semelhante, embora com diferentes graus de intensidade.

Para identificar o comportamento hiperativo de um aluno de modo adequado é necessário fazer avaliações por uma equipe multidisciplinar (psicólogos, psicopedagogos, etc).

Isto é recomendado o uso de técnicas de classificação, a avaliação multimodal, a interpretação dos resultados e do desenvolvimento de um tratamento.

É visto que uma avaliação que poderá incluir entrevistas com os pais das crianças e seus professores, a resolução de questionários, observações e levantamento de informações sobre o seu desempenho acadêmico.

O objetivo básico deste modelo é o de estabelecer um bom diagnóstico do aluno e implementar, de acordo com isso, um plano de tratamento.

Do outro lado, pela prática docente e análise feita em estágio supervisionado mostra que os professores da educação infantil consideram que há quatro barreiras de uma forma mais personalizada com os seus filhos hiperativos:

- a) o tempo necessário para gerenciar o cuidado da especialidade,
- b) a falta de formação dos seus cuidados,
- c) tamanho do grupo (número de alunos) e
- d) a gravidade dos problemas.

Portanto, o presente estudo mostrou que os conhecimentos e atitudes dos professores são de vital importância para o tratamento e atenção das crianças com esses problemas, as investigações revistas na literatura levam-se a conclusão que as diferenças entre os relatórios apresentados pelos professores sobre comportamento de seus alunos têm a ver com percepções e julgamentos a priori que as crianças fazem e pode ser determinada por um efeito de negativo ou preconceito.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ARAUJO, P. **Déficit de Atenção. Um diagnóstico que você pode fazer** -Nova escola. São Paulo. Abril, p. 28-29- maio, 2000.

AROEIRA, Maria Luisa C. **Didática de Pré-Escola: brincar e aprender.**São Paulo. Ed. FTD. 2006.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH):** guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BARBOSA, Adriana de Andrade Gaião. **Hiperatividade - Conhecendo sua Realidade.** São Paulo. Ed Casa do Psicólogo. 2000

BENCZIK, Edyleine Belline Peroni. **Transtorno de Deficit De Atenção/hiperatividade.** São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo. 2002

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, nº 8.069/90)** – Publicada em Diário Oficial da União, de 16 de julho de 1990.

BRASIL.**Lei de Diretrizes e Bases da Educação.**
www.mec.gov.br/legis/zip/lei9394/sip, 1996.

CIASCA, Sylvia Maria. **Distúrbios de Aprendizagem - Proposta de Avaliação Interdisciplinar.** São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo. 2008.

FABRIS, Glace Apolinario. **TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade – Impulsividade.** São Paulo. Ed. Quadrangular. 2008

FERREIRA, Luís de França. **Ambiente de Aprendizagem Construtivista.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1999.

GENTILE, P. **Indisciplinado ou Hiperativo**. Nova escola. São Paulo. Abril, p.30, maio, 2000.

GESELL, A. **A criança dos 5 aos 10 anos**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

HALLOWELL, Edward. **Tendência à distração**. São Paulo. Ed. Rocco, 2001.

HUTZ, Claudio Simon. **Prevenção e Intervenção em Situações De Risco e Vulnerabilidade**. São Paulo. Ed Casa do Psicólogo. 2007

JONES, Maggie. **Hiperatividade - Como Ajudar deu Filho**. São Paulo. Ed Plexus. 2004

KAPLAN, H; SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LADEIRA, Idalina. **Fantoche & Cia**. São Paulo. Ed. Scipione, 2003.

LANCET. A. **Hiperatividade com Déficit na Saúde**. São Paulo. Ed. Nobel. 2007

LIBÂNEO, J. **Organização e gestão da escola: teoria e prática**. Goiânia. Ed. Alternativa, 2001.

LIPP, Marilda Nova. **Crianças Estressadas - Causas, Sintomas e Soluções**. São Paulo. Ed Papirus.2000

MANNING, Sidney A. **Desenvolvimento da Criança E Do Adolescente**. Ed Cultrix. São Paulo. 2001.

OROFINO A. M. & ZANELLO, V. A. **A Subjetividade Social na Escola**. Brasília: Paralelo, 1999.

PEREIRA, Heloisa S.; ARAUJO, Alexandra P. Q. C. and MATTOS, Paulo. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos**

relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.. 2005, vol.5, n.4.

PETRY, A. **Hiperatividade: Características e procedimentos básicos para amenizar as dificuldades.** Professor, Porto Alegre. Abril, juh/set, 1999.

POSSA, Marianne de Aguiar; SPANEMBERG, Lucas and GUARDIOLA, Ana. **Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.*.. 2005

ROHDE, Luis augusto, Mattos Paulo & Cols. **Princípios e Práticas em TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

SOUZA, Isabella; SERRA, Maria Antônia; MATTOS, Paulo and FRANCO, Vanessa Ayrão. **Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção: resultados preliminares.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2001, vol.59, n.2B.

TOPCZEWSKI, A. **Hiperatividade: como lidar?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

WEISZ, T. **O diálogo entre o ensino e a aprendizagem.** São Paulo: Ática, 2002.