

A HIPERATIVIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA APRENDIZAGEM

Cristiane Fagotti Gaiarini,¹
Maria Rosângela Vieira Pereira,
Rosilene de Fátima Delmonico Moro,
Sueli Aparecida Zanatto Tupan,²
Sandra Machado Rossoni

Gaiarini, C. F.; Pereira, M. R. V.; Moro, R. F. D.; Tupan, S. A. Z., Rossoni, S. M. A Hiperatividade E Suas Implicações Na Aprendizagem. *Akrópolis*, 13(1): 3-12, 2005

RESUMO: Apesquisa tem como objetivo investigar as causas e conseqüências do Déficit de Atenção por Hiperatividade e as implicações na aprendizagem da criança. Aponta-se que a hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender, por isso a observação de pais e professores é fundamental. Embora a hiperatividade cause prejuízo na capacidade de concentração e atenção, a mesma é facilmente tratável. A medicação e a orientação pedagógica na escola ajuda o aluno a não perder rendimento. Para tanto, conhecer os sintomas e aprender a lidar com esse problema, é obrigação de qualquer professor que não queira causar danos a seus alunos, pois, a demora em diagnosticar o caso pode trazer conseqüências sérias para o desenvolvimento da criança.

PALAVRAS-CHAVE: hiperatividade; conseqüências; processo ensino-aprendizagem.

THE HYPERACTIVITY AND ITS IMPLICATIONS AT THE LEARNING PROCESS

Gaiarini, C. F.; Pereira, M. R. V.; Moro, R. F. D.; Tupan, S. A. Z., Rossoni, S. M. The Hyperactivity And Its Implications At The Learning Process. *Akrópolis*, 13(1): 3-12, 2005

ABSTRACT: The research has as objective to investigate the causes and consequences of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its implications at the learning process of the child. It is said that the hyperactivity is only evident during the school period, when it is necessary to increase the concentration level to learn, that's why the parents and teacher's observation is fundamental. Although the hyperactivity causes damage to the capacity of concentration and attention, it can be easily treated. The medication and the pedagogical orientation at school may help the students not to reduce their performance. For that knowing the symptoms and learning how to deal with this problem is an obligation of any teacher who doesn't want to cause damages to its students, because the delay in making the diagnosis of the case can bring serious consequences to the child's development.

KEY WORDS: hyperactivity; consequences; teach-learning.

Introdução

Até pouco tempo, a criança que não parava no lugar e só tramava travessuras era considerada rebelde e desobediente. Muitas vezes chegava a ser excluída, ou seja, os próprios pais preferiam não levá-la a lugar nenhum, isolando-a. Esta criança, muitas vezes, pode vir a ser uma pessoa incompreendida, desorientada.

Atualmente, é possível diagnosticá-la como "hiperativa", o que não deixa de representar um grande desafio para os pais e professores desta criança. Existem tratamentos e orientações que podem auxiliar no desenvolvimento da personalidade e no processo de aprendizagem desta criança na escola, bem como no relacionamento com os familiares, ajudando-os a controlar os efeitos que a hiperatividade pode provocar.

Se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar seqüelas na fase adulta; como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental.

Além disso, a pessoa corre o risco de tornar-se hipersensível à críticas, apresentar aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização.

Partindo dessa linha de análise, pretende-se responder as seguintes questões: Como diagnosticar a criança hiperativa? Quais as conseqüências do Déficit de Atenção por Hiperatividade no processo ensino-aprendizagem?

Pesquisas revelam que as crianças portadoras de hiperatividade são propensas a desenvolver distúrbios sociais, emocionais e comportamentais. Portanto, o interesse é enriquecer a área de pesquisa em questão mediante levantamento de informações relevantes a respeito do tema.

As crianças pré-escolares com este transtorno, diferem de crianças ativas por estarem constantemente inquietas e envolvidas com tudo a sua volta; elas andam para lá e para cá, movem-se rapidamente, sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades em grupo.

Considerando-se o exposto acima e a complexidade do tema, essa pesquisa tem como objetivo investigar as causas e

¹Acadêmicas de Pós-graduação, UNIPAR – Sede, Área Educação

²Docente da UNIPAR, Mestre em Educação, Orientadora de Pós-graduação.

conseqüências do Déficit de Atenção por Hiperatividade e as implicações na aprendizagem da criança.

Evolução Histórica

No início do século XX, esse distúrbio foi chamado de disfunção cerebral mínimo, passando posteriormente a ser chamado de hipercinesia, ou hipercinese, logo a seguir, hiperatividade, nome que ficou mais conhecido e perdurou por mais tempo.

Bastos & Bueno *apud* CYPEL (2000) ressaltam que, mais precisamente, no ano de 1902, George Frederic Still observou o comportamento de crianças que se comportavam de maneira excessivamente emocional, desafiadora, passional e agressiva. Os autores relatam que Still propôs, através de suas pesquisas, uma base biológica para o problema que antes era considerado como distúrbio de controle moral, ou simples desobediência. Para esses autores, tais observações influenciam no trabalho de Willian James ao demonstrar que estes distúrbios de comportamento poderiam estar relacionados a problemas na função inibitória do cérebro em relação a estímulos ou a algum problema no córtex cerebral onde o intelecto acabava se dissociando da vontade ou conduta social.

Segundo GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), nos anos 50, tais problemas passaram a ser conhecidos como “síndrome hipercinética” e associadas com o tálamo, estrutura cerebral responsável pela filtragem de sinais simáticos provenientes do resto do corpo. Embora esta hipótese não pudesse ser comprovada, era o começo da ligação entre a hiperatividade e alguma estrutura cerebral.

Ainda de acordo com o autor citado, nas décadas de 1960 e 1970, era de aceitação geral que a hiperatividade da maioria das crianças devia-se a lesões ocorridas durante o parto. Como justificativa, o trauma do parto satisfazia a curiosidade dos pais em entender por que seu filho tinha problema e, geralmente, aliviava ambos da culpa sobre a formação (educação) de seu filho como possível causa. Tornase óbvio que, se o trauma do parto provoca hiperatividade, os problemas de comportamento poderiam ser evitados se houvesse cuidados maiores durante o nascimento.

Os eventos envolvendo o parto tornaram-se objetos de profunda análise. Era necessário determinar até onde os problemas surgidos durante o trabalho de parto e o nascimento, constituíram causa substancial de hiperatividade. Fez-se necessária a definição de critérios a serem utilizados para esta determinação.

Conforme KAPLAN (1997, p. 321), “[...] após estudos cuidadosos, concluiu-se que os problemas durante o nascimento eram menos importantes do que se pensava, como geradores de hiperatividade”. Segundo o autor, uma das mais surpreendentes descobertas foi a ineficácia do Índice de Apagar (uma avaliação baseada no tônus, na cor, na atividade, na frequência cardíaca e na capacidade respiratória de um recém-nascido) em prever problemas comportamentais e de aprendizado.

Nas últimas décadas, graças à tecnologia (principalmente às Tomografias), novas evidências vêm comprovar a associação da hiperatividade com alterações do metabolismo cerebral, confirmando sua ligação biológica. De acordo com GOLDSTEIN & GOLDSTEIN

(1998), até 1980, hiperatividade era o termo usado pela comunidade profissional para descrever a criança desatenta, excessivamente ativa e impulsiva. De 1980 até 1987, a “American Psychiatric Association” mudou o rótulo diagnóstico de Reação Hipercinética da Infância para Distúrbio de Déficit de Atenção. Durante esse período, a criança poderia ser considerada impulsiva e desatenta, sem ser excessivamente ativa.

Em 1987, o sistema diagnóstico foi novamente mudado e as deficiências de habilidade dessas crianças foram oficialmente denominadas Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção. “Na mesma época, um grupo de profissionais decidiu que a maioria das crianças que experimenta problemas de desatenção e impulsividade também experimenta problemas da agitação psicomotora” (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1998, p. 27).

Há um século, no nosso sistema educacional, o método usual de um professor de lidar com essas dificuldades de temperamento era bater rigorosamente na criança com uma régua. Na nossa sociedade e cultura, seja bom ou ruim, certo ou errado, nós valorizamos muito as crianças que permanecem calmamente sentadas, prestam atenção, planejam e conseguem alcançar seus objetivos. Essas exigências recaem mesmo sobre crianças muito pequenas. A criança hiperativa, incapaz de satisfazer essas exigências, é uma candidata imediata a uma infinidade de problemas (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1998, p. 23).

Historicamente, o diagnóstico de DDAH tem sido dificultado devido às discordâncias sobre sua natureza: um distúrbio cerebral biológico ou uma resposta comportamental a certos ambientes, tais como a escola ou outras situações onde foram colocadas demandas sobre a criança.

A falta de concordância sobre a definição do DDAH também contribuiu para a controvérsia. Termos tais, como lesão cerebral mínima e disfunção cerebral mínima são apenas alguns dos termos que foram utilizados para categorizar crianças que manifestaram o distúrbio. A maioria dos primeiros termos associados aos diagnósticos tinha alguma conexão com problemas neurológicos. Isto deveu-se, em parte, ao fato de que crianças e adultos que tinham sofrido algum tipo de lesão no cérebro mostravam-se, freqüentemente, impulsivas, hiperativas e distraídas. Entretanto, nenhuma deficiência neurológica tem sido demonstrada para a maioria das crianças com DDAH, nem existe qualquer doença óbvia, relatam GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998).

Conceito de Hiperatividade

O diagnóstico da hiperatividade é difícil e complexo. Não existe nenhum teste diagnóstico absoluto para a hiperatividade. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes (por exemplo, pais e professores), através dos mais variados instrumentos (questionários, entrevistas e testes) e por vários meios. Além disso, não há sinais significativos na história do desenvolvimento da criança que, com certeza absoluta,

possam contribuir para diagnosticar a hiperatividade.

Assim, embora certos fatores de desenvolvimento no início da infância (o bebê difícil de acalmar ou com dificuldade para dormir) possam colocar as crianças no grupo de risco, a hiperatividade é marcada pela sua intensidade ou gravidade e pela sua persistência durante o processo da criança.

O Déficit de Atenção por Hiperatividade (TDAH) é considerado, atualmente, um dos transtornos psíquicos infantis mais estudados. A sintomatologia principal é a desatenção, hiperatividade e impulsividade da criança. Segundo KAPLAN (1997, p. 69), “[...] a prevalência do Déficit de Atenção está entre 3% e 5% em crianças em idade escolar e costuma ser mais comum em meninos do que em meninas”.

De acordo com AMARAL & GUERREIRO (2001), a característica fundamental do DDAH é um padrão persistente de desatenção, impulsividade e/ou hiperatividade-impulsividade, que é mais freqüente e severa que o tipicamente observado em indivíduos em um nível comparável de desenvolvimento.

Segundo BERTOCHI & MATAS (2001), os sintomas de hiperatividade, impulsividade, ou desatenção devem estar presentes antes dos sete anos. Pessoas com DDAH, geralmente, apresentam os três tipos de problemas, porém com diferentes graus de intensidade. Esses problemas devem estar presentes em pelo menos dois ambientes diferentes (por exemplo: em casa, na escola, ou no trabalho), e deve haver uma clara evidência de interferência com o adequado desenvolvimento da funcionalidade social, acadêmica ou ocupacional.

Apenas recentemente, DDAH foi reconhecido como um distúrbio distinto (GOLFETO, 1993), porém pais, educadores e clínicos estão se tornando mais atentos e esclarecidos sobre ele.

Para GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), estimativas conservadoras sugerem a ocorrência em 3% a 5% de todas as crianças em idade escolar. Para este autor, o distúrbio está sendo diagnosticado mais freqüentemente hoje em dia que há uma década atrás. Para o autor, as crianças com esse transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes e podem cometer erros grosseiros por falta de cuidado nos trabalhos escolares ou em tarefas. Os trabalhos dessas crianças são confusos e realizados sem meticulosidade nem precisão adequada. Apresentam, com freqüência, dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir nelas até seu término.

As crianças hiperativas tendem a ser de inteligência normal, acima da média. Mas mesmo assim, apresentam problemas em seus trabalhos escolares porque não podem se concentrar e mostrar o que sabem. Para elas é difícil ficarem sentadas o tempo suficiente para ouvirem uma aula inteira ou completar uma tarefa.

Esse transtorno também se traduz por impulsividade, a qual se manifesta como impaciência, dificuldade para protelar resposta, responder precipitadamente e mesmo antes de as perguntas terem sido completadas, dificuldade para aguardar sua vez e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos dos outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais.

Os sintomas do TDAH podem manifestar-

se desde uma idade muito precoce. Frequentemente, nos relatos dos pais e das demais pessoas, há referência à inquietude desde o berço (sono agitado, choro fácil e intensa movimentação). Na fase pré-escolar, essas crianças são comumente consideradas pelos professores como tendo uma “energia” muito maior do que outras crianças da mesma idade. Na sala de aula, freqüentemente parecem “movidos por um motor”, não esperam sua vez nas brincadeiras e interrompem os outros quase o tempo todo (MATTOS, 2003, p. 24).

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção por hiperatividade é um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e alguns sintomas hiperativos impulsivos que causam prejuízo ao relacionamento interpessoal.

De acordo com PETRIBÚ *et. al* (2001), o TDAH é um dos distúrbios neuro-comportamentais mais freqüentemente diagnosticados na infância, afetando crianças desde a primeira infância, passando pelo período escolar e chegando à vida adulta. Relatam que os profissionais de saúde e a mídia têm reconhecido que o TDAH é uma patologia comum e acomete 1 a 2 por cento também da população adulta. Ressaltam que apesar da grande divulgação do transtorno na mídia e sua relevância em termos de saúde pública existem controvérsias sobre a sua validade diagnóstica. Esse ceticismo deve-se ao fato de que muitos pacientes reconhecem o próprio diagnóstico. Ademais, na adolescência, a hiperatividade diminui, enquanto que o déficit de atenção, a impulsividade e a desorganização permanecem como os sintomas predominantes. O tratamento é sintomático e não curativo, embora o tratamento farmacológico (estimulantes ou antidepressivos) associado à psicoterapia pode oferecer aos portadores uma melhor qualidade de vida.

Para GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), é provável que alguns sintomas sejam mais acentuados em algumas crianças que experimentam dificuldade em prestar atenção, e aquelas que apresentam maiores dificuldades de habilidade, entre estas, a desatenção, a agitação psicomotora e a impulsividade.

Algumas características apresentadas por crianças agitadas podem ser de origem emocional, portanto, devem ser cuidadosamente analisadas para que não se corra o risco de fazer um diagnóstico errôneo.

Em alguns casos, a hiperatividade pode vir acompanhada de outros distúrbios que podem prejudicar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento social, já que as crianças hiperativas têm maior probabilidade de desenvolver depressão ou ansiedade. Ainda, de acordo com GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 28), “aproximadamente 20% a 30% das crianças hiperativas podem, originalmente, ter problemas de desatenção sem problemas significativos de excesso de atividade ou impulsividade”.

Segundo KELLY & AYLRWARD (1992), a presença da hiperatividade deve ser cuidadosamente analisada, observada por um bom período de tempo (por pais e professores), já que um determinado fator isolado ou mesmo um conjunto de fatores definidos não determinam necessariamente a

presença da hiperatividade. Esses autores consideram que algumas características, geralmente, podem ser observadas na primeira infância, como um bebê que quase não dorme, apresenta retardo na fala ou apresenta excessiva agitação. Porém, é na idade escolar que normalmente se acentuam as dificuldades e podem ser melhor observadas para definir o quadro.

Para SOUZA *et. al* (2001), as avaliações do comportamento são feitas através de formulações acerca de questões referentes às atividades diárias dessas crianças e aos problemas apresentados por elas junto aos pais e professores. Os dados coletados fazem parte do histórico da criança, pois despertam uma atenção minuciosa, buscando determinar se tais comportamentos referem-se à hiperatividade, se comparados com outras crianças do mesmo sexo e idade.

No entender de GENTILE (2000), três fatores principais ajudam a distinguir o hiperativo da criança que tem apenas distúrbio de atenção mais leve e daquela que busca apenas chamar a atenção: a contínua agitação motora, a impulsividade e a impossibilidade de se concentrar.

Causas da Hiperatividade

Cientificamente, ainda não foi identificada uma única causa para diagnosticar a hiperatividade. Por muito tempo, diversas teorias tentaram explicar a origem desse distúrbio, abrindo caminhos para novas investigações. As hipóteses mais estudadas são: genética e traumatismos, além de fatores ambientais, como a dieta alimentar.

A principal delas é que a hiperatividade possui causas biológicas e hereditárias. Para GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 60), “a relação entre hiperatividade e hereditariedade está claramente estabelecida”. Ao avaliar-se o histórico familiar de uma criança hiperativa, sabe-se que ela tem uma probabilidade quatro vezes maior de possuir outros membros da família com esse distúrbio, embora estas(s) pessoas(s) muitas vezes não esteja ciente de sua situação.

Conforme Bastos & Bueno *apud* CYPEL (2000), além desse distúrbio, especificamente, uma pessoa com hiperatividade pode ser proveniente de uma família com um histórico de problemas psiquiátricos e neurológicos, como o alcoolismo, síndrome de *Tourette* (tiques), dislexia, etc. Essa herança genética, no entanto, não seria causada por gene particular, mas sim por uma união entre vários genes. Exatamente quais genes estão envolvidos no processo e como estes genes levam à hiperatividade ainda não foi descoberto. Estes autores ainda consideram que a ocorrência da hiperatividade possa estar relacionada a problemas durante a gravidez e no parto, inclusive com relatos de traumatismos neonatais, também citados por GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 52):

Nas décadas de 1960 e 1970, era de aceitação geral que a hiperatividade da maioria das crianças devia-se a lesões ocorridas durante o parto. Porém, inúmeras ocorrências durante o parto e a avaliação da saúde dos bebês logo após o nascimento, não ajudaram muito no esclarecimento sobre quais crianças viriam a se tornar hiperativas.

Independentemente da origem, o distúrbio da hiperatividade foi considerado, primeiramente, como uma disfunção cerebral. Os portadores produzem menos dopamina, um neurotransmissor responsável pelo controle motor e pelo poder de concentração, que atua com maior intensidade nos gânglios frontais do cérebro. Isso explica o fato de os hiperativos não se concentrarem e esquecerem facilmente o que lhes é pedido em termos de medidas mais diretas da estrutura e das funções do cérebro, a melhor evidência quanto às diferenças no DDAH origina-se “de medidas mais de função do que de estrutura, inclusive medidas de eletrofisiologia, fluxo sanguíneo cerebral regional e catecolaminas (dopamina e norepinefrina)” (PENNINGTON, 1997, p. 97).

Estudos realizados por Connors *apud* SANTOS (1998) enfoca o uso de diversos testes neurofisiológicos, a fim de definir subtipos dentro de uma amostra de crianças hipercinéticas. O autor ressalta que Connors interpreta esses resultados como consistentes com disfunção no lobo frontal.

Alguns autores chegaram a propor que a hiperatividade poderia ser causada por fatores ambientais, ou que, pelo menos, colaborariam para a gênese do problema. Assim, SANTOS (1998, p. 26) cita alguns destes fatores, devido ao fato de serem teorias de procedência duvidosa e de difícil comprovação: “dieta alimentar, distúrbios clínicos, distúrbios convulsivos, efeitos colaterais de medicamento, intoxicação por chumbo, infecção de ouvido e lesões cerebrais provocadas por derrame, esclerose múltipla, encefalite e agressões diretas ao cérebro”.

Diagnóstico da Hiperatividade

O sistema educacional do País, há muito, vem se caracterizando por algo fracassado e falido. O número de reprovações e de alunos evadidos apresentam índices ainda muito alarmantes e preocupantes conforme relatam Kelly & Aylward (1992, p. 22) que “de cada 1000 crianças que iniciam a 1ª série, apenas 438 chegam à segunda, 352 à terceira, 297 à quarta, e apenas 294 à quinta”. A partir desses dados, os autores afirmam que poder-se-ia estimar que dessas 1000 crianças iniciais, apenas 180 chegariam a concluir o primeiro grau. O ponto do sistema é a passagem de primeira para a segunda série, em que as taxas de evasão e de repetência no Brasil chegam a 56% (taxa essa que permanece estável a mais de 40 anos). Cabe ressaltar, no entanto, que ações e providências têm sido tomadas por parte de vários pedagogos, professores e psicólogos a fim de modificar esse quadro atual da educação.

Em se tratando desse tema, NOVAES (1970, p. 123) faz uma distinção entre capacidade de aprendizagem, rendimento escolar e nível de escolaridade. Segundo a autora, “a capacidade de aprendizagem é a potencialidade de aprender ligada ao nível intelectual do indivíduo, mas nem sempre correlacionados, uma vez que pode estar prejudicado por outros fatores”. O nível de escolaridade relaciona-se com as aquisições escolares efetuadas pela criança e o rendimento escolar diz respeito à quantidade conseguida pelo aluno ao realizar suas atividades e tarefas escolares estando relacionado ao gasto de energia despendida. Para a mesma autora, entre as dificuldades para a aprendizagem destacam-

se: fraca capacidade de atenção, concentração, assimilação e compreensão; raciocínio lento; dificuldades de memória, de raciocínio numérico, de linguagem oral e escrita; falta de continuidade e persistência na aprendizagem escolar, de hábitos de estudo e de interesse pelo estudo. Muitas vezes, tarefas como aprender a ler e escrever exigem da criança um trabalho intenso.

O não desenvolvimento harmônico de aspectos psicomotores, como por exemplo, dificuldades em relação à lateralidade, podem também tornar o aprendizado das tarefas acima citadas (dentre outros), ainda mais complicadas. Em certos casos, a indefinição da lateralidade parece ser a causa de desequilíbrios e perturbações, podendo haver dificuldades especialmente na aprendizagem da leitura. Dentre os problemas detectados nas crianças com dificuldades na lateralidade encontra-se a dislexia, distúrbio caracterizado pela dificuldade de identificar, compreender e interpretar símbolos gráficos da leitura.

E, retomando NOVAES (1970, p. 234), esta assegura que: “[...] de modo geral os disléxicos apresentam *déficits* no domínio da percepção da motricidade, da organização têmporo-espacial, do esquema corporal, na dominância lateral, podendo ser acrescentados distúrbios da atenção, da memória”. Os vários tipos de dificuldades que estas crianças apresentam, aquelas relacionadas anteriormente, aliadas a problemas detectados em sala de aula e relatados pelas professoras, obrigam a uma incursão pela literatura a fim de buscar um suporte teórico que pudesse melhor caracterizar o quadro de comportamento descrito. Alunos “sem sossego”, comportamento esse que pode ser enquadrado, de acordo com a literatura, como crianças com Déficit de Atenção.

E neste particular, GOLFETO (1993, p. 25-6), manifesta-se argumentando “que as crianças com Déficit de Atenção apresentam um conjunto de sintomas e sinais que podem facilmente ser observados”. Elas chamam atenção facilmente, o que difere de outros tipos de patologia neurótica que, muitas vezes, só pode ser detectada por especialistas.

De acordo com KELLY & AYLWARD (1992., p. 485-6), “a desatenção (aspecto clínico central); a impulsividade; a agitação motora e hiperatividade (em um subgrupo de crianças), são características bastantes comuns para possibilitar a descrição de Déficit de Atenção”. E afirmam os autores que os aspectos importantes que, freqüentemente, são despercebidos incluem a inconsistência e a dificuldade de manter um esforço mental. E prosseguindo na exposição, os mesmos concordam que as crianças com Déficit de Atenção começam muitas vezes as tarefas apropriadamente, porém logo sentem fadiga cognitiva e esmorecem.

A “inconsistência do desempenho” resulta em que essas crianças experimentem dias ocasionais de funcionamento acentuadamente melhorados. KELLY & AYLWARD (1992); GOLFETO (1993) completam dizendo que, nos últimos anos, o termo diagnóstico Transtorno de Déficit de Atenção usado para essas síndromes sugere a inclusão de crianças ansiosas, preocupadas, sonhadoras, apáticas, cujos problemas são provavelmente diferentes. A hiperatividade é queixa freqüente dos pais, que reclamam que o filho “não tem sossego”, não se mantém sentado durante as refeições, é incapaz de sentar para ver televisão durante algum tempo e faz movimentos desnecessários com o corpo. Por outro lado, a professora relata que a criança

não fica parada e que perturba o comportamento da classe. A criança hiperativa é assim descrita como desajeitada, desastrada, sua marcha é pouco harmoniosa e seus gestos são bruscos. Apresenta dificuldade para arremessar ou golpear bola, aprender a patinar, andar de bicicleta, pular corda, subir em muros e árvores.

A incoordenação motora fina é outra característica marcante: pode ser incapaz de abotoar suas vestes, de fazer recorte com tesoura, cantar com ritmo e gasta mais rapidamente suas roupas e sapatos que as crianças normais. Nessa síndrome a criança apresenta dificuldade em discriminar a direita da esquerda, em orientar-se no espaço, em fazer discriminações auditivas e em elaborar sínteses auditivas. “Apresenta alterações de memória visual e auditiva. A outra característica importante é a má estruturação do esquema corporal” (GOLFETO, 1992, p. 12)

Apesar de muitas dessas crianças apresentarem uma inteligência normal, muitas delas têm dificuldades de aprendizagem. Silver *apud* GOLFETO (1993) relata que 85% dessas crianças apresentam distúrbios de aprendizagem. Alguns estudos têm demonstrado que o cérebro das crianças caracterizadas como portadoras do Déficit de Atenção apresentam variações na estrutura, alterações no fluxo sanguíneo e no metabolismo regional, quando comparadas a indivíduos normais. Essas diferenças no sistema neural, acarretariam determinadas disfunções. Não se sabe ainda a causa e até que ponto as características oriundas desta diferenciação são exclusivas das crianças com características do Déficit de Atenção.

No entanto, cabe ressaltar que de acordo com KELLY & AYLWARD (1992), algumas condições tais como, complicações perinatais; ingestão de álcool e utilização de drogas durante a gravidez; infecções do sistema nervoso central na primeira infância; efeitos nocivos dos níveis sanguíneos relativamente baixos de toxinas ambientais, como o chumbo e os efeitos colaterais de certas mediações, predisõem a Déficit de Atenção. Ainda, são apontadas causas ambientais como a desvantagem social, famílias numerosas e superlotação. Sabe-se que esses fatores sociais têm ampla influência etiológica sobre o comportamento e que podem afetar enormemente as características comportamentais da criança.

Além disso, GOLFETO (1993) acrescenta, ainda, que o Déficit de Atenção tem origem genética, sendo facilmente transmitido de pai para filho, há evidências de que a síndrome tenha várias etiologias distintas formando, assim, vários subgrupos, ou ainda, que a interação desses fatores etiológicos possam ocorrer e produzir a síndrome.

Segundo a revista VEJA (1996), a chance de uma criança sofrer de hiperatividade e Déficit de Atenção aumenta, se a mãe fumar na gravidez. Médicos da Universidade de Harvard notaram que 22% dos pacientes estudados eram filhos de fumantes e, entre a população sadia apenas 8%. Não há, até o presente momento, enquanto se pode averiguar na literatura, testes específicos para avaliar Déficit de Atenção. Em que pese o avanço científico, a medicina ainda não tem dados que sejam capazes de fornecer explicações para muitas das incógnitas que envolvem o cérebro humano. Contudo, testes como Visc, Toulouse Cambraia e MPM (Medida de Prontidão Mental) dentre outros, podem ser utilizados para aferir a atenção. Enquanto se sabe, são escassos os trabalhos

em Educação Física que buscam centrar o foco no Déficit de Atenção, dado que este assunto tem sido objeto de estudo de psicólogos clínicos escolares bem como de pedagogos.

Conforme BASTOS & SANTOS (2000), nesta última década, muito se aprendeu sobre o distúrbio da hiperatividade, o que tem facilitado a diagnose e o tratamento de crianças, adolescentes e adultos. A possibilidade de alterar comportamentos e controlar as frustrações com opções educacionais direcionadas representam auxílio e esperança nos relacionamentos interpessoais.

O histórico médico e social da família pode conter indícios que contribuam na determinação da hiperatividade. Crianças que apresentam um dos sintomas hiperativos ou todos eles muitas vezes, desde muito cedo, já apresentam comportamento diferente de outras crianças da mesma idade. “Quando perguntamos aos pais de crianças hiperativas como eles perceberam que havia algo diferente com seus filhos, recebemos as mais variadas respostas. Alguns pais falam de já ter consciência da maneira diferente de ser dos seus filhos logo depois do nascimento” (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1998, p. 32)

Por isso, a necessidade de constatar a presença de comportamento problemático em diferentes contextos, não apenas no contexto escolar. É provável que na escola, a criança apresente um comportamento irregular, porém pode levar a um procedimento equivocado, por não considerar as muitas outras condições que, possivelmente, podem confundir. Para GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 33), “[...] o diagnóstico da hiperatividade não pode ser feito baseado em um único problema, um questionário ou um rápido *click-up*”.

De acordo com os autores citados acima, é comum encontrar condições que podem dificultar a diagnose da hiperatividade, como momentos na vida da criança em que ela passa por alta ansiedade, ou ainda outros fatores, como a dislexia, alguma disfunção familiar ou até mesmo um distúrbio de conduta.

PENNINGTON (1997) afirma que uma superdotação intelectual, muitas vezes, precisa ser reconhecida, pois uma criança superdotada entediada com um currículo regular, torna-se inquieta e passa a agir impulsivamente, podendo confundir no reconhecimento da hiperatividade, pois a criança aprende muito mais rápido do que os outros e passa a procurar algo mais interessante para fazer. Nestes casos, é importante verificar se ela assimila corretamente os conteúdos curriculares e colocá-la em constante atividade produtiva.

Segundo GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 102), “[...] nos últimos dez anos, os especialistas desenvolveram técnicas mais eficientes de diagnóstico”. De acordo com estes autores, hoje, os profissionais formulam uma série de questões referentes à hiperatividade e aos problemas apresentados por essas crianças. Uma avaliação acurada procura observar uma consistência de problemas em vários cenários (por exemplo, em casa e na escola) em concordância de opiniões de inúmeros avaliadores, entre estes, os pais, os professores e os profissionais da comunidade. Já que, à medida que crescem, as crianças vivenciam menos dificuldades com alguns problemas da hiperatividade, uma avaliação minuciosa reúne um cuidadoso histórico e busca determinar se as habilidades de uma determinada criança são significativamente mais frágeis que de outras crianças

do mesmo sexo e idade. É importante pois, ressaltar o que dizem GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998):

Quando todos os critérios de avaliação são satisfeitos, a presença da hiperatividade na infância é de aproximadamente 3% a 5%. Uma porcentagem mais alta parece ocorrer em certas populações como, por exemplo, as crianças oriundas de famílias de baixa renda. As pesquisas também sugerem consistentemente que a hiperatividade é aproximadamente cinco a nove vezes mais freqüente em meninos do que em meninas, embora alguns problemas de hiperatividade possam afetar um igual número de meninos ou meninas. Por exemplo, foi sugerido que as meninas têm problemas para terminar os trabalhos na sala de aula com a mesma freqüência que os meninos. Não há dúvida, entretanto, que um maior número de meninos têm problemas de desatenção, agitação, impulsividade e humor que as meninas (GOLDSTEIN & GOLDSTEIN, 1998, p. 110).

Para os autores citados acima, as meninas hiperativas têm mais problemas de humor e emoção e menos problemas de agressão que os meninos hiperativos. Outros pesquisadores constataram que as meninas apresentam mais problemas de conduta que os meninos hiperativos. Outros estudos, ainda, mostraram que as meninas hiperativas podiam apresentar um maior número de problemas de aprendizagem e de linguagem. Ainda que não seja possível obter conclusões exatas sobre as diferenças entre meninos e meninas hiperativos, é possível dizer que embora os números favoreçam os meninos, há mais semelhanças do que diferenças de comportamento entre eles. Até 1980, hiperatividade era o termo usado pela comunidade profissional para descrever a criança desatenta, excessivamente ativa e impulsiva.

Segundo GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p.27), “[...] de 1980 até 1987, a American Psychiatric Association mudou o rótulo diagnóstico de reação hipercinética da infância para distúrbio de déficit de atenção”. É importante ressaltar que, segundo o autor citado, durante esse período, a criança poderia ser considerada impulsiva e desatenta sem ser excessivamente ativa. Em 1987, o sistema diagnóstico foi novamente mudado e as deficiências de habilidades dessas crianças foram oficialmente denominadas Distúrbios da Hiperatividade com Déficit de Atenção.

Na mesma época, um grupo de profissionais decidiram que a maioria das crianças que experimentam problemas de desatenção e impulsividade também experimenta problemas de agitação psicomotora. Essa mudança não foi bem aceita pela comunidade profissional e provavelmente a definição clínica e/ou o rótulo ainda irá mudar outra vez.

É provável que venha a se fazer uma distinção entre crianças que experimentam dificuldade em prestar atenção e aquelas que experimentam uma gama maior de *deficits* de habilidades, entre estas a desatenção, a agitação psicomotora e a impulsividade.

Há diferenças entre a criança desatenta, agitada e a criança desatenta e calma. Possivelmente, é o nível

de atividades excessivas que determinam os freqüentes encaminhamentos da criança para uma clínica ou para uma equipe de educação especial. Em estudos de crianças hiperativas encaminhadas à clínica, o número de crianças excessivamente ativas é três a cinco vezes maior que o de não excessivamente ativas. Outros pesquisadores, entretanto, sugerem que a desatenção em excesso de atividade pode ocorrer com uma freqüência duas vezes maior que a desatenção com agitação psicomotora entre a população infantil não encaminhada.

A criança desatenta, mas não excessivamente ativa, pode não ser encaminhada ou então ser descrita mais como ansiosa, retraída, pouco motivada ou inapta para a aprendizagem do que como hiperativa. Essa criança pode estar do outro lado do campo de futebol olhando as nuvens passarem enquanto as outras crianças jogam. “Aproximadamente 20% a 30% das crianças hiperativas podem, originalmente, ter problemas de desatenção sem problemas significativos de excesso de atividade ou impulsividade” (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1998, p.133).

As crianças hiperativas têm maior probabilidade de desenvolver depressão ou ansiedade, de exibir comportamento perturbador e de apresentar um desempenho escolar mais fraco, maior dificuldade de aprendizagem, problemas com amigos e auto-estima mais fraca do que crianças da mesma idade consideradas normais.

É importante citar GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998, p. 29) ao afirmarem que:

- a) A hiperatividade resulta de quatro tipos de deficiência (atenção, impulsividade, excitação e frustração ou motivação) que podem causar problemas em casa, na escola e com os amigos;
- b) Os problemas ocorrem com base na pouca habilidade da criança e nas exigências impostas à criança pelo ambiente;
- c) A maioria das crianças hiperativas é desatenta, impulsiva, excessivamente ativa e excessivamente emotiva, tendo dificuldade em relação à motivação e à espera por recompensas. Cerca de 20% a 30% são basicamente desatentas.
- d) A hiperatividade é melhor descrita como resultante de inconsistência e da incompetência do que como resultante do mau comportamento ou desobediência;
- e) A causa mais provável da hiperatividade é a hereditariedade;
- f) Os pais não provocam a hiperatividade, mas seu comportamento pode determinar o número de problemas em casa, na escola ou com amigos;
- g) A hiperatividade atinge mais meninos do que meninas;
- h) Meninos e meninas podem apresentar problemas iguais como resultado da hiperatividade;

i) A hiperatividade não tem cura e precisa ser controlada com eficácia durante toda a infância;

j) Aproximadamente 3% a 5% entre todas as crianças apresentam problemas decorrentes da hiperatividade.

Em comparação, portanto, à criança desatenta, a criança hiperativa é impulsiva e parece ter mais problemas com agressividade, ser mais impopular e ter maior dificuldade com problemas de conduta. A criança desatenta que não é excessivamente ativa ou impulsiva e pode ser descrita como tímida, isolada socialmente, moderadamente impopular é pouco dotada para praticar esportes. A dificuldade desta criança para praticar esportes não resulta necessariamente da falta de habilidade, mas da tendência a não prestar atenção em esportes organizados.

Além de obter informações sobre o progresso da criança na escola, uma avaliação metódica e precisa também influi nas percepções e observações do professor sobre a capacidade de assegurar regras e limites e de respeitar a autoridade na sala de aula. Esta informação é sempre muito útil para se compreender como a criança está enfrentando os problemas de hiperatividade.

A questão diagnóstica é um dos pontos mais difíceis e cruciais do tema estudado. O diagnóstico da criança desatenta e hiperativa sustenta-se sobre dois pilares fundamentais: os dados de história da criança e os obtidos na avaliação clínica, que estarão por sua vez, relacionados a dois pólos de sinais e sintomas: a desatenção e o conjunto hiperatividade/impulsividade.

A Criança Hiperativa e a Escola

A criança deve ser capaz de parar para pensar qual seria, entre as várias opções, a melhor resposta possível, no entanto, as crianças hiperativas são fracas nessas áreas de aptidões e, portanto, as notas obtidas nas provas de inteligência muitas vezes refletem mais a sua hiperatividade que seu potencial intelectual. É justo dizer que as crianças hiperativas exibem uma variação normal de aptidões intelectuais. Algumas crianças hiperativas são muito brilhantes. A maioria está dentro dos limites médios e algumas, infelizmente, ficam abaixo da média em suas aptidões intelectuais.

Conforme GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), crianças hiperativas muito brilhantes freqüentemente conseguem ter uma boa atuação durante o curso elementar (corresponde às primeiras séries do Ensino Fundamental), e é possível que não sejam consideradas crianças com problemas. As maiores aptidões intelectuais da criança permitem que ela compense sua incapacidade de continuar numa tarefa. Ela pode não se dedicar muito tempo, mas o tempo gasto nas tarefas, muitas vezes, resulta num trabalho completo e freqüentemente correto.

Pode parecer que esta criança não preste atenção, mas quando solicitada, geralmente, sabe a resposta certa. Importante lembrar que ser desatento não equivale a ser incapaz de aprender. As crianças hiperativas, quando sua atenção é focalizada, são capazes de aprender tão bem quanto as outras crianças. Muitas vezes, uma revisão cuidadosa dos excelentes boletins escolares da criança hiperativa revela

que comentários do professor durante todo o curso elementar dizem respeito à dificuldade que a criança tem em prestar atenção e permanecer sentada.

Entretanto, nos últimos anos do Ensino Fundamental, mesmo o adolescente hiperativo mais inteligente não consegue acompanhar consistentemente o crescimento das exigências e responsabilidades educacionais para ter sucesso. Frequentemente, é durante estes anos escolares que se reconhece que os adolescentes hiperativos inteligentes estão vivenciando este padrão de dificuldade de comportamento, o que interfere em seu desempenho escolar.

Embora a sobreposição entre a inaptidão para aprender e a hiperatividade seja verdadeira, não é justo concluir que toda ou mesmo a maioria das crianças hiperativas também são incapazes de aprender. Assim, a relação entre hiperatividade e incapacidade de aprender não é clara e, provavelmente, elas constituam dois distúrbios distintos da infância, uma não acarretando, necessariamente, a ocorrência da outra.

Para GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), as crianças hiperativas podem não ter um bom desempenho escolar, embora como um grupo, pareçam ter potenciais de aprendizado iguais aos das crianças normais. Nos anos escolares posteriores, entretanto, o impacto a longo prazo de não prestar atenção ou não completar a lição acaba tendo um efeito negativo sobre o progresso escolar. A falta das aptidões básicas de atenção, bem como a falta de prática na utilização dessas aptidões começam a cobrar seu preço para o sucesso.

Uma das observações mais comuns feitas por professores do Ensino Fundamental sobre as crianças hiperativas é a de que parece estar sonhando acordadas. “Essas crianças não estão devaneando, mas estão interessadas em alguma coisa diferente daquilo que o professor possa estar focalizando no momento” (DROUET, 1990, p.345). A criança hiperativa geralmente está envolvida numa atividade mais improdutiva durante a aula e no recreio que as outras crianças.

O comportamento da criança hiperativa é desigual, imprevisível e não-reativo às intervenções normais do professor. A criança hiperativa pode terminar uma lição do dia e é incapaz de completar uma tarefa similar no dia seguinte. Isto, muitas vezes, leva a interpretar o comportamento da criança como desobediente. Assim, as tentativas de forçar a questão não são bem-sucedidas. O resultado é a crescente frustração para o professor e para a criança.

Ninguém acredita, mas bem que eu quero e tento fazer as lições bem caprichadas, mas acontece tanta coisa. De repente, meu amigo conversa comigo, ou um carro buzina lá fora, ou até se eu escuto alguém conversar, um lápis caindo no chão, eu me distraio e me perco. Quando olho de novo para a lousa, demoro para achar onde parei, confundo tudo, e aí, todos já acabaram a tarefa, só eu que não. Fico muito chateado. De novo não consegui (ROHDE e BENCIK, 1999, p. 17).

Muitas crianças hiperativas vivenciam uma ampla gama de problemas comportamentais ou emocionais secundários na escola como consequência de sua incapacidade de satisfazer as exigências na sala de aula. Esses problemas,

muitas vezes, se desenvolvem em respostas a fracassos frequentes e repetidos. Como resposta, algumas crianças tornam-se deprimidas e retraídas, enquanto outras, tornam-se irritadas e agressivas.

A criança hiperativa tem um forte efeito sobre o comportamento do professor e em relação à classe como um todo. Os estudos mostram que as interações negativas globais entre professores e todas as crianças da classe eram maiores em classes com crianças hiperativas que tinham problemas significativos. Os professores das crianças hiperativas, muitas vezes, são mais objetivos e restritivos em suas interações, não apenas com essas crianças, mas também com as outras crianças da classe. Além disso, a ocorrência de conflitos entre as outras crianças da classe, também parece ser maior quando não se lida com a criança hiperativa de uma maneira eficiente, relata DROUET (1990).

As crianças hiperativas, muitas vezes, são imaturas e incompetentes quando se trata de aptidões sociais. Frequentemente até mesmo seus maiores esforços fracassam. Elas podem ser incompetentes em sua capacidade de entrar numa conversa em andamento, esperar sua vez e cooperar. Segundo DROUET (1990, p. 298), “[...] estes problemas não são terríveis, mas fazem com que a criança hiperativa seja menos popular e não bem aceita”. É importante salientar que algumas crianças hiperativas exibem um padrão de comportamento de baixa incidência e alto impacto. Esses comportamentos, frequentemente, são agressivos. Embora possam não ocorrer mais de uma ou duas vezes ao dia, fazem com que a criança hiperativa seja rejeitada e antipatizada pelos outros.

Conforme GOLDSTEIN & GOLDSTEIN (1998), há uma grande variedade de intervenções específicas e que o professor e a escola podem fazer para ajudar a criança com TDAH a se ajustar melhor a sala de aula.

Considerações Finais

A hiperatividade é um desvio comportamental, caracterizado pela mudança excessiva de atitudes e de atividades, incapacitando o indivíduo no seu dia-a-dia em manter-se quieto por um período de tempo necessário para desenvolver suas atividades. Esse comportamento é incompatível com a organização do seu ambiente e com determinadas circunstâncias. Adolescentes e crianças hiperativas são consideradas, frequentemente, como pessoas inconvenientes.

O comportamento hiperativo interfere na vida familiar, escolar e social da criança. As crianças hiperativas têm dificuldade em prestar atenção e aprender. Como são incapazes de filtrar estímulos, são facilmente distraídas. Essas crianças podem falar muito, alto demais e em momentos inoportunos. As crianças hiperativas estão sempre em movimento, sempre fazendo algo e são incapazes de ficar quietas. São impulsivas. Não param para olhar ou ouvir. Devido à sua energia, curiosidade e necessidade de explorar surpreendentes e aparentemente infinitas, são propensas a se machucar, quebrar e danificar coisas. As crianças hiperativas toleram pouco as frustrações. Elas discutem com os pais, professores, adultos e amigos. Fazem birras e seu humor flutua rapidamente. Essas crianças, também, tendem a ser muito agarradas às pessoas, pois precisam de muita atenção

e tranquilização.

A criança hiperativa, muitas vezes, se sente isolada e segregada dos colegas, mas não entende por que é tão diferente. Fica perturbada com suas próprias incapacidades. Sem conseguir concluir as tarefas normais de uma criança na escola, a criança hiperativa pode sofrer de estresse, tristeza e baixa auto-estima.

As crianças pré-escolares com este transtorno, diferem de crianças ativas por estarem constantemente inquietas e envolvidas com tudo à sua volta; elas andam para lá e para cá, movem-se rapidamente, sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades em grupo.

Embora prejudique a capacidade de concentração e atenção, a hiperatividade é facilmente tratável. Além da medicação, o entendimento da família a respeito do problema e a reorientação pedagógica na escola, pode ajudar o desenvolvimento satisfatório da criança.

É importante salientar que se a hiperatividade não for adequadamente tratada na infância, pode deixar seqüelas na fase adulta; como desorganização para executar tarefas e rotinas diárias, distração excessiva, sonolência diurna e cansaço mental. Além disso, a pessoa corre o risco de tornar-se hipersensível a críticas, apresentar aparente falta de motivação e rancor exagerado, bem como problemas de memorização.

A hiperatividade só fica evidente no período escolar, quando é preciso aumentar o nível de concentração para aprender. O diagnóstico clínico, no entanto, deve ser feito com base no histórico da criança. Por isso, a observação de pais e professores é fundamental.

Em alguns casos, a hiperatividade pode vir acompanhada de outros distúrbios que podem prejudicar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento social, já que crianças hiperativas têm maiores probabilidades de desenvolver depressão ou ansiedade. Portanto, a presença da hiperatividade deve ser cuidadosamente analisada pela escola, já que um determinado fator isolado ou um conjunto de fatores definidos não determinam, necessariamente, a presença da hiperatividade.

O professor pode ajudar a criança a fazer o melhor possível, em casa, na escola e com os amigos. Para tanto, deve estar consciente de que a característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção por Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e alguns sintomas hiperativos impulsivos que causam prejuízo ao relacionamento interpessoal. Assim, normalmente, essas crianças dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não estarem escutando o que está sendo dito. Pode haver freqüentes mudanças de uma tarefa para outra antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Essas crianças, freqüentemente, não atendem às solicitações ou instruções e não conseguem completar os trabalhos escolares, tarefas domésticas ou outros deveres.

Assim, é importante que os pais e professores compreendam e aceitem que a hiperatividade pode ser controlada e a criança portadora de Déficit pode ter uma vida normal. Os problemas das crianças hiperativas devem ser gerenciados eficazmente através de abordagens médica e não-médicas.

Os professores são peças-chave na identificação do

problema, pois é na escola que o transtorno torna-se mais evidente porque os primeiros sintomas estão ligados à aprendizagem. Além dos professores que precisam aprender a lidar com o problema, os pais também ocupam um papel relevante no tratamento, uma vez que estão em contato diário com a criança, cabendo a eles aprender a lidar com os sintomas e reconhecer que o filho tem limites, que podem e devem ser trabalhados.

Referências

AMARAL, A. H.; GUERREIRO, M. M. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. Disponível em: <file://C:\Meusdocumentos\unipar>Listahiperatividade.htm

BERTOCHI, M. B.; MATAS, C. G. **Audiometria de tronco cerebral em crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)**. Disponível em: < file://C:\Meusdocumentos\unipar>Listahiperatividade.htm

CYPEL, S. **A criança com déficit e hiperatividade**: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. São Paulo: Lemos, 2000.

DROUET, R. C. da R. **Distúrbios da aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1990.

GENTILE, P. Indisciplinado ou hiperativo? **Revista Nova Escola**, São Paulo, n. 32, p. 30-32, 2000.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade**: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. São Paulo: Papyrus, 1998.

GOLFETO, J. H. **A criança com déficit de atenção aspectos clínicos, terapêuticos e evolutivos**. Campinas, 1993. Documentação não publicada elaborado na Unicamp (Universidade de Campinas).

KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KELLY, D. P.; AYLWARD, G. P. Déficits de atenção em crianças e adolescentes. In: **Desenvolvimento e comportamento**: crianças mais velhas e adolescentes. Rio de Janeiro: Interlivros, 1992. p. 485-486.

MATTOS, P. **No mundo da lua**: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos, 2003.

NOVAES, A. D. **Dificuldades de aprendizagem**: didática na escola média. São Paulo: FTD, 1970.

PENNINGTON, B. F. **Diagnóstico de distúrbios de aprendizagem**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PETRIBÚ, K.; VALENÇA, A. M.; OLIVEIRA, I. R. de. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos**: considerações sobre o diagnóstico e o tratamento. <file://C:\Meusdocumentos\unipar>Listahiperatividade.htm>. Acesso em 15 dez. 2001.

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**: o que é? como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

SANTOS, C. A. **Hiperatividade**: revisão de um conceito polêmico. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, (Monografia do Curso de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem e Prática Pedagógica), 1998.

SOUZA, I. et al. **Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção**: resultados preliminares. Disponível em: <file://C:\Meus documentos\unipar\Listahiperatividade.htm

Recebido em: 03/10/04

Received on: 03/10/04

Aceito em: 10/11/04

Accepted on: 10/11/04