

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): O QUE OS EDUCADORES SABEM?

Marília Piazzzi Seno

RESUMO – Introdução: O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é considerado pelos educadores um fator preocupante, principalmente na fase escolar. Caracterizado pelos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, afeta de 3 a 5% das crianças. É um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Apesar de não existir cura, sua manifestação tende a diminuir com a idade e com o uso de medicação. Quando a criança inicia seu contato com a leitura e escrita, é necessário que mantenha sua atenção e concentração sustentados, a fim de que os objetivos pedagógicos possam ser alcançados. **Objetivo:** Este trabalho teve como principal objetivo pesquisar o conhecimento de 52 educadores da Rede Municipal de Ensino de um município do interior de São Paulo/SP sobre o TDAH. **Método:** Foi aplicado um questionário, cujas perguntas foram elaboradas considerando-se a importância desse conhecimento para atuação profissional dos educadores. **Conclusão:** Concluímos que, apesar do professor não ter conhecimento teórico suficiente para discorrer com propriedade sobre o TDAH, sua prática escolar lhe permite observar, analisar, levantar hipóteses e adaptar sua metodologia independente do que o sistema lhe oferece; possibilitando que esse aluno tenha suas diferenças respeitadas e seja realmente incluído na sala de aula regular.

UNITERMOS: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. Atenção. Transtornos mentais diagnosticados na infância.

*Marília Piazzzi Seno – Fonoaudióloga e Psicopedagoga,
Coordenadora do Centro de Atendimento
Multidisciplinar - CAM da Secretaria Municipal da
Educação de Marília, Marília, SP*

*Correspondência
Marília Piazzzi Seno
Rua José Freire Sobrinho, 610 – Jd. Europa – Marília,
SP, Brasil – CEP 17514-014
E-mail: mariliaseno@hotmail.com*

INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde¹, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) está classificado na categoria de transtornos hipercinéticos, descrito como "grupo de transtornos caracterizados por início precoce – habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida –, falta de perseverança nas atividades que exigem envolvimento cognitivo e tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras do que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são frequentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissociado e uma perda de autoestima".

O TDAH é uma síndrome heterogênea, de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. Seu início é precoce, sua evolução tende a ser crônica, sem repercussões significativas no funcionamento do sujeito em diversos contextos de sua vida².

Caracterizado pelos sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, esse transtorno pode ser classificado em quatro tipos³:

- tipo desatento – não enxerga detalhes, faz erros por falta de cuidado, apresenta dificuldade em manter a atenção,

parece não ouvir, tem dificuldade em seguir instruções, desorganização, evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado, distrai-se com facilidade, esquece atividades diárias;

- tipo hiperativo/impulsivo: inquietação, mexer as mãos e os pés, remexer-se na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, corre sem destino, sobe nos móveis ou muros, dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente, fala excessivamente, responde perguntas antes delas serem formuladas, interrompem assuntos que estão sendo discutidos e se intrometem nas conversas;
- tipo combinado: quando o indivíduo apresenta os dois conjuntos de critérios desatento e hiperativo/impulsivo;
- tipo não específico, quando as características apresentadas são insuficientes para se chegar a um diagnóstico completo, apesar dos sintomas desequilibrarem a rotina diária.

É o transtorno neuropsiquiátrico mais diagnosticado na infância, persistindo até a idade adulta em torno de 60 a 70% dos casos⁴. Acomete aproximadamente de 3 a 5% das crianças, sendo mais usualmente encontrado em meninos do que meninas, numa proporção de 3:1⁵.

O uso de medicamentos em indivíduos com diagnóstico de TDAH provoca tranquilidade, aumento no período de atenção e, por vezes, sonolência. Essa resposta positiva não é observada em todos os pacientes, sendo que alguns deles tornam-se mais excitados e agressivos e as doses empregadas deverão ser tituladas individualmente e, após ter sido encontrada a dose ideal, esta deverá ser mantida⁶.

O TDAH vem sendo considerado pelos educadores como um fator preocupante, principalmente na fase escolar. Num período onde a criança inicia seu contato com a leitura e escrita, é necessário que mantenha sua atenção e concentração sustentados, a fim de que os

objetivos pedagógicos propostos possam ser alcançados. Na idade escolar, crianças com TDAH apresentam maior probabilidade de repetência, evasão, baixo rendimento acadêmico e dificuldade emocionais e de relacionamento social, e pessoas que apresentam sintomas de TDHA na infância têm uma maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados com comportamento⁷.

Com relação às comorbidades associadas ao transtorno, foi descrita a seguinte prevalência de problemas psiquiátricos em pacientes com TDAH comparado com grupo controle: 18 vs. 4% de depressão; 6 vs. 1% transtornos da infância, 6 vs. 2% de transtorno de ajustamento, 6 vs. 1% de TOD; 5 vs. 0% de psicose, 4 vs. 1% de TC, 2 vs. 1% de abuso de substância e 1 vs. 1% de ansiedade. O mesmo estudo estendeu-se aos pais de pacientes com TDAH e pais controles: 9 vs. 4% de depressão, 1 vs. 0% de transtorno da infância; 4 vs. 2% de outros transtornos mentais; 2 vs. 1% de transtorno de ajustamento; 0 vs. 0% de TOD; 1 vs. 1% de psicose; 0 vs. 0% de TC; 2 vs. 1% de abuso de substância e 1 vs. 1% de ansiedade⁸.

Uma vez diagnosticado o TDAH, esse aluno deve ser considerado como uma criança com necessidades educacionais especiais, pois para que tenha garantidas as mesma oportunidade de aprender que os demais colegas de sala de aula, serão necessárias algumas adaptações visando diminuir a ocorrência dos comportamentos indesejáveis que possam prejudicar seu progresso pedagógico: sentar o aluno na primeira carteira e distante da porta ou janela; reduzir o número de alunos em sala de aula; procurar manter uma rotina diária; propor atividades pouco extensas; intercalar momentos de explicação com os exercícios práticos; utilizar estratégias atrativas; explicar detalhadamente a proposta; tentar manter o máximo de silêncio possível; orientar a família sobre o transtorno; evitar situações que provoquem a distração. tais como ventiladores, cortinas balançando, cartazes pendurados pela sala; aproveitar situações que exijam movimentação para escolhê-lo como

auxiliar (por exemplo, pedir que entregue os cadernos, que vá à diretoria ou que responda ao exercício na lousa); manter os alunos em lugares fixos na sala, para que seja justificado o motivo pelo qual a criança com TDAH sinta sempre naquela carteira; solicitar que os pais procurem por atendimentos especializados que possam complementar o trabalho pedagógico realizado em sala de aula; encaminhá-lo para as aulas de reforço escolar, se necessário.

Pensando na importância do papel do professor frente a um aluno que apresenta comportamento indicativo de TDAH, este trabalho teve como principal objetivo verificar o conhecimento dos educadores da Rede Municipal de Ensino de um município do interior de São Paulo/SP sobre esse transtorno.

MÉTODO

Participaram desse estudo 52 educadores da Rede Municipal de Ensino, sendo que 28 estavam inseridos em Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) e 24 em Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI).

Para coleta dos dados foi aplicado um questionário contendo 17 questões (Anexo 1): 9 dissertativas, 7 com as opções "sim" e "não" e 1 de múltipla escolha com 2 opções de resposta. O tempo para seu preenchimento foi de 15 minutos e a avaliadora permaneceu na sala para que fosse garantida a individualidade das respostas.

As questões foram elaboradas levando em consideração a importância desse conhecimento para atuação profissional dos educadores, uma vez que, num momento no qual a inclusão é amplamente defendida por estudiosos, espera-se que o professor esteja preparado para receber alunos com qualquer necessidade educacional especial e tenha condições de integrá-lo aos demais colegas de sala no ensino regular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos participantes, 27 eram professores, 18 coordenadores, 3 diretores e 4 auxiliares de direção. O tempo de atuação na educação

ANEXO 1 - Questionário empregado na pesquisa.

Escola: () EMEI () EMEF **Data:** ____/____/____
Tempo de formação? _____
Lecionou(a) para alunos com TDAH? () Sim () Não
Função atual: _____

1. O que significa a nomenclatura TDAH?
2. Quais são as causas do TDAH?
3. A partir de que idade é possível perceber o TDAH?
4. Quais são os comportamentos observados numa criança com TDAH?
5. Em qual sexo você acha que o TDAH ocorre com maior frequência?
6. Quais exames são necessários para diagnosticar o TDAH?
7. Qual especialista está apto a diagnosticar o TDAH?
8. TDAH tem cura?
() Sim () Não
9. Como é o tratamento para o TDAH?
10. Uma criança com TDAH consegue concentrar-se por bastante tempo em uma única atividade?
() Sim () Não
11. É possível ter TDAH sem apresentar dificuldades de aprendizagem?
() Sim () Não
12. Quem tem TDAH apresenta maior chance de desenvolver outra alteração de saúde mental?
() Sim () Não
13. Os sintomas do TDAH mudam conforme a idade da pessoa?
() Sim () Não
14. Todas as crianças com TDAH necessitam usar medicação?
() Sim () Não
15. Você acha que o TDAH realmente existe ou a hiperatividade da criança é consequência da falta de limites?
() Realmente existe () É falta de limites
16. Na sua opinião, a criança com TDAH percebe que é diferente?
() Sim () Não
17. Como o professor pode ajudar um aluno com TDAH?

variou de 4 a 40 anos, sendo que 17 referiram já terem lecionado para alunos com TDAH e 36, não.

Para verificar a familiaridade dos entrevistados com a nomenclatura que caracteriza o transtorno, foram questionados sobre o significado da sigla TDAH: 51 participantes a identificaram e 1 não soube responder.

A Tabela 1 apresenta as respostas dos educadores relacionadas aos assuntos: causa, idade em que podem ser observados os sintomas do TDAH, prevalência sexual do transtorno, exames e especialistas relacionados ao diagnóstico, cura, tipo de tratamento mais indicado, possibilidade de concentração numa única atividade, dificuldade de aprendizagem, comorbidades, modificação dos sintomas com o avanço da idade, necessidade de medicação, confusão entre TDAH e falta de limites e autopercepção do transtorno.

Na literatura, encontramos várias possíveis causas para o TDAH, tais como hereditariedade, substâncias ingeridas na gestação, sofrimento fetal, exposição ao chumbo, problemas familiares, entre outros. Porém, a probabilidade de que a criança tenha um diagnóstico de TDAH aumenta até 8 vezes se os pais também tiverem o transtorno⁹. A predisposição genética foi demonstrada em estudos usando famílias, casos de gêmeos e adoção¹⁰. A Tabela 1 demonstra que 19 participantes desconhecem as causas do TDAH.

Quanto à idade em que é possível perceber o TDAH, 16 educadores (sendo 14 de escolas do Ensino Fundamental) achavam que os sintomas aparecessem na fase de alfabetização. Normalmente, as crianças com TDAH apresentam uma história de vida desde a idade pré-escolar com a presença de sintomas¹¹. Na maior parte

Tabela 1 – Respostas dos educadores ao questionário investigativo.			
Assunto	Respostas	Nº Participantes	
Causa do TDAH	Desconhecem	19	
	Neurológica	15	
	Genética	6	
	Outras	6	
	Hereditariedade	5	
Idade na qual iniciam os sintomas	Na alfabetização	16	
	Não sabem	14	
	Antes dos 2 anos	12	
	Na pré-escola	9	
	Outros	1	
Prevalência sexual	No sexo masculino	41	
	Não sabem	8	
	Mesma proporção em ambos os sexos	3	
Diagnóstico	Exames	Eletrofisiológicos	19
		Não sabem	19
		Clínico	14
	Especialistas	Outros	18
		Neurologista	17
		Neurologista ou Psiquiatra	10
		Não sabem	7
		Psiquiatra	6

Continuação da Tabela 1		
Cura	Não existe	32
	Existe	14
	Em branco	6
Tratamento	Medicamentoso e terapêutico	24
	Medicamentoso	10
	Terapêutico	10
	Não sabem	8
Concentração	Não é possível	50
	É possível	1
Dificuldades de aprendizagem	Pode não apresentar	36
	Sempre apresentará	16
Relação com o desenvolvimento de doenças mentais?	Não	31
	Sim	17
	Não sabem	4
Modificam dos sintomas com o avançar da idade?	Sim	26
	Não	21
	Não sabem	5
Medicação	Nem sempre	34
	Sempre	14
	Em branco	4
TDAH existe ou é falta de limites?	Existe	51
	Não existe	1
Autopercepção sobre o transtorno?	Sim	32
	Não	20

das vezes, se manifesta muito cedo na vida do portador, mas apenas mais tarde, com o início da vida escolar, é que os sintomas revelam-se de forma mais perceptível¹².

Sobre os comportamentos que podem ser observados numa criança com TDAH foram citados: inquietação, dificuldade de aprendizagem, distração, desatenção, dificuldade de concentração, fala excessiva, não para sentado, repete a mesma coisa, agitação, mudança de humor, impulsividade, hiperatividade, dispersão, indisciplina, desajeitado, desmotivação, dificuldade de interação, dificuldade de memorização, irritabilidade, ansiedade, desinteresse, dificuldade em respeitar regras.

Geralmente o TDAH está relacionado a sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade¹³, sendo estes manifestados nas crianças como segue: falta de persistência nas atividades cognitivas, falta de atenção, falta de concentração, estar no "mundo da lua", tendência de ficar mudando de atividades sem acabá-las, agitação excessiva, desorganização, dispersão, imprudência, ficar remexendo as mãos e pés quando sentado, não parar quieto, responder perguntas antes de terem sido finalizadas, intromissão descabida, perder as coisas com facilidade^{11,12}.

Com relação à prevalência sexual, a maioria dos participantes assinalou o sexo masculino. O transtorno é mais comum nos meninos que nas

meninas^{14,15}, sendo que essa proporção pode variar de 3:1 a 5:1¹⁶.

Sobre os exames necessários para diagnosticar o TDAH, a maior parte dos participantes se referiu aos exames eletrofisiológicos, como eletroencefalograma, mapeamento cerebral, tomografia computadorizada e ressonância magnética; porém nenhum desses exames é capaz de fornecer um diagnóstico¹⁷. Os educadores lembraram ainda da importância de uma equipe multidisciplinar para a avaliação, que é fundamentalmente clínica, baseada em critérios operacionais claros e bem definidos, provenientes de sistemas classificatórios como o DSM-IV (vide quadro clínico) ou a CID-10.

Sobre qual especialista está apto a diagnosticar o TDAH, as respostas dos participantes citaram os médicos neurologistas e psiquiatras; mas muitos não sabiam e alguns se referiram a outros profissionais da saúde, tais como psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. Apesar desses profissionais poderem levantar a hipótese diagnóstica, o CID somente poderá ser estabelecido por um médico. A maioria das famílias acaba optando por procurar neurologistas e evitam levar seus filhos em um psiquiatra, por preconceito. Tendo conhecimento das características do transtorno, o próprio professor pode orientar o responsável a procurar pelo médico em busca do diagnóstico, que se confirmado possibilitará o tratamento adequado ao aluno.

Com relação à cura do TDAH, alguns autores acreditam que o transtorno persiste na idade adulta em aproximadamente 50 a 70% dos casos; embora o quadro clínico sofra algumas modificações com o passar do tempo¹⁸. Como demonstra a Tabela 1, a maioria dos entrevistados assinalou que o TDAH não tem cura.

Quanto ao tratamento, grande parte dos educadores indicou o uso da medicação e muitos o associaram ao tratamento terapêutico. Foi relatada a importância da participação familiar no processo. O tratamento do TDAH é primordialmente medicamentoso, havendo evidências robustas de superioridade da farmacoterapia sobre o tratamento psicoterápico isolado¹⁹. Mais de 70% dos

pacientes com TDAH que procuram ambulatórios especializados apresentam comorbidades; portanto, o psiquiatra clínico provavelmente terá que escolher a intervenção psicofarmacológica para o seu paciente levando em consideração a presença de alguma comorbidade²⁰.

Sobre a possibilidade de uma criança com TDAH concentrar-se em uma única atividade por um longo período de tempo, 51 assinalaram que não é possível e apenas 1 referiu que sim. O indivíduo com TDAH apresenta uma dificuldade real na concentração; porém é possível que isso ocorra diante de atividades estimulantes, como, por exemplo, um jogo de videogame. Esses raros momentos de quietude levam os pais e professores a atribuírem a dificuldade de concentração para realização das tarefas escolares à falta de vontade da criança.

Sobre a dificuldade de aprendizagem associada aos casos de TDAH, cerca de 20 a 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas, que interferem na sua capacidade de aprender²¹. Em geral, o professor observa uma discrepância entre o potencial intelectual da criança e o desempenho acadêmico da mesma, o que pode ocorrer mesmo entre as crianças com inteligência superior à média²². Na Tabela 1, observamos que a maioria dos educadores acredita que uma criança com TDAH pode não apresentar dificuldades de aprendizagem.

Dentre os participantes, 31 acham que não há relação entre o TDAH e as doenças mentais. Existe baixa concordância entre informantes sobre a saúde mental de crianças. Os professores tendem a superestimar os sintomas de TDAH, principalmente quando há presença concomitante de outro transtorno disruptivo do comportamento²³.

Quanto à variação dos sintomas de acordo com a idade, a maioria dos participantes respondeu que se alteram. A apresentação clínica pode variar de acordo com o estágio do desenvolvimento. Sintomas relacionados à hiperatividade/impulsividade são mais frequentes em pré-escolares com TDAH do que sintomas de desatenção. A literatura indica que os sintomas

de hiperatividade diminuem na adolescência, restando, de forma mais acentuada, os sintomas de desatenção e de impulsividade²⁴.

Com relação ao tratamento do TDAH, este envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas²⁵. No âmbito das intervenções psicossociais, o primeiro passo deve ser educacional, por meio de informações claras e precisas à família a respeito do transtorno. Muitas vezes, é necessário um programa de treinamento para os pais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas dos filhos. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades. Por exemplo, essas crianças precisam de um ambiente silencioso, consistente e sem maiores estímulos visuais para estudarem¹³. A maioria dos participantes assinalou que o melhor tratamento nem sempre requer o uso da medicação.

Apesar de suas manifestações serem confundidas com indisciplina²⁶, o TDAH não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é um sinal de maldade da criança²⁷. De acordo com a Tabela 1, apenas um educador assinalou que o TDAH não existe, sendo o comportamento da criança justificado pela falta de limites.

Questionados sobre a própria percepção da criança com relação ao seu transtorno, 32 pessoas pensam que o indivíduo percebe ser diferente e 20 acham que ele não tem essa percepção. Algumas crianças são capazes de perceberem sua inquietude a tal ponto que isso chega a incomodá-las. Tentam modificar seu próprio comportamento, mas não conseguem. As crianças hiperativas podem provocar a falência emocional de uma família. Algumas vezes, os pais ficam sem saber como agir, porém, outras vezes, adaptam-se bem ao estilo da criança. O que se observa comumente é que se instalam entre os membros da família tensões, tornando conflituosas todas as atividades da vida cotidiana²⁸.

As atitudes citadas pelos participantes como auxiliadoras para uma criança com TDAH foram: incentivo, reforço dos comportamentos

adequados, trabalho com a família, busca de conhecimento sobre o assunto, planejamento de atividades interessantes, encaminhamento para especialistas, integração aos demais colegas de turma, favorecimento do ambiente promovendo tranquilidade e silêncio, apresentação de atividades curtas, oferecimento de orientação individual, utilização de recursos diferenciados, não demonstração de ansiedade, brevidade nas explicações, sentar a criança próxima à professora e distante da janela, seguir uma rotina, proporcionar momentos de locomoção na sala de aula, respeitar seus limites.

Um bom desempenho escolar depende, cada vez mais, da criança permanecer sentada e quieta, de longos períodos de concentração e de fazer as lições escolares²². Para atender às exigências desse ambiente, a criança necessita ter controle e ajustar seu comportamento para responder satisfatoriamente a essas demandas. Crianças com TDAH têm esse ajuste prejudicado pela falta de controle da impulsividade e, frequentemente, apresentam em seu histórico escolar registros de suspensão, de expulsão e de reprovação²⁹.

CONCLUSÃO

O TDAH ainda é um assunto desconhecido pela maioria dos professores. As informações que necessitam de embasamento teórico, como causas, idade de manifestação, médico especialista, cura, tratamento e comorbidades, estão distantes dos docentes que, muitas vezes, lecionam exatamente para esse público. Já as questões que envolviam a prática de sala de aula, cujas respostas podiam ser resgatadas por acontecimentos do dia-a-dia, como prevalência sexual, capacidade de concentração e manifestações comportamentais, foram corretamente assinaladas, demonstrando a sensibilidade do educador mesmo quando não houve a busca pelo assunto em específico.

As estratégias sugeridas pelos próprios participantes visando ao progresso do aluno com TDAH são totalmente pertinentes; apesar de nem sempre serem aplicadas. Todas as adapta-

ções citadas não dependem de um sistema e sim do próprio educador, que lançando mão dos seus recursos reúne condições para que, analisando sua classe, adequa sua metodologia de maneira mais produtiva possível. Houve uma variação de respostas dependendo do local de atuação do educador – EMEI ou EMEF. Isso ocorreu porque suas constatações foram formuladas a partir da faixa etária da população com que eles lidam.

Concluimos que apesar do educador não ter conhecimento teórico suficiente para discorrer com propriedade sobre o TDAH, sua prática escolar lhe permite observar, analisar, levantar hipóteses e adaptar sua metodologia independente do que o sistema lhe oferece; possibilitando que esse aluno tenha suas diferenças respeitadas e seja realmente incluído na sala de aula regular.

SUMMARY

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): what teachers know?

Introduction: The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is considered a worry by educators, especially during school time. Characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity, it affects 3-5% of children. It is a neurobiological disorder of genetic cause which appears in childhood and often accompanies the individual throughout his life. Although there is no cure, its symptoms tend to decrease with age and the use of medication. When children start reading and writing it is necessary to maintain sustained attention and concentration in order to achieve the pedagogical objectives. **Objective:** This study aimed to assess the knowledge of 52 teachers of municipal schools of a city in the country of Sao Paulo state on Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Methods:** A questionnaire was administered taking into account the importance of such knowledge for their professional practice. **Conclusions:** We conclude that although teachers may not have enough theoretical knowledge about ADHD, their school practice allows them to observe, analyze, hypothesize and adapt their methodology regardless of what the system offers, therefore enabling students to have their differences respected and be actually included in a regular classroom.

KEY WORDS: Attention deficit disorder with hyperactivity. Attention. Mental disorders diagnosed in childhood.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas;1993.
2. Rohde LA, Mattos P. Princípios e práticas em TDAH. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. American Psychiatry Association. DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; 2000.
4. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural da escala ASRS-18 (versão1.1) para avaliação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adultos para o português. Rev Psiq Clín. 2006;33(4):188-94.
5. Karande S. Attention deficit hyperactivity disorder: a review for family physicians. Indian J Med Sci. 2005;59(12):546-5
6. Sukiennik PB (org). O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes. 2ª ed. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

7. Kaippert ACM. Hiperatividade, 2003. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/spdlsx08.htm>>. Acesso em: 5/ 3/2009.
8. Swensen AR, Birnbaum HG, Secnik K, Marynchenko M, Greenberg P, Claxton A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1415-23.
9. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9):728-38.
10. Thapar A, O'Donovan M, Owen MJ. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Mol Genet*. 2005;14 Spec No. 2:R275-82.
11. Topczewki A. Hiperatividade: como lidar? São Paulo: Casa do Psicólogo;1999.
12. Diniz NO, Sena AS. Distráido e a 1000 por hora: guia para familiares, educadores e portadores de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: Artmed; 2007.
13. Rohde LA, Benczik E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O que é? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
14. Holmes J, Payton A, Barrett J, Harrington R, McGuffin P, Owen M, et al. Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *Am J Med Genet*. 2002;114(2):150-3.
15. Brazelton TB, Sparrow JD. 3 a 6 anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artmed; 2003.
16. Kaplan H, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
17. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*. 1969;126(6):884-8.
18. Wender PH. *Attention deficit disorder in adults*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
19. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1073-86.
20. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparison between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (in press).
21. Goldstein S, Goldstein M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. Campinas: Editora Papyrus; 1994.
22. Benczik E, Peroni EB. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação pra profissionais. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002
23. Rohde LA, Biederman J, Knijnik MP, Ketzner CR, Chachamovich E, Vieira GM, et al. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. *J Attention Dis*. 1999;3(2):91-3.
24. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10 Suppl):85S-121S.
25. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(4):409-28.
26. De Luca MAS, Ciulik F. A indisciplina da criança em casa e o TDAH: uma identificação de indícios por parte da família. Disponível em: <http://www.futureschool.com.br/artigos/artigo5.pdf> Acesso em: 4/6/2010.
27. Barkley RA. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002.
28. Borges SMC. Há um fogo queimando em mim: as representações sociais da criança hiperativa. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1997.
29. Ciasca SM. Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Trabalho realizado no Centro de Atendimento Multidisciplinar, Secretaria Municipal da Educação de Marília, Marília, SP, Brasil.

*Artigo recebido: 15/7/2010
Aprovado: 18/11/2010*