

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: O IMPACTO NA ESCOLA, NA FAMÍLIA E NA SOCIEDADE

ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HIPERATIVIDADE:
THE IMPACT ON SCHOOL, FAMILY AND SOCIETY

ROSIMEIRE APARECIDA MONTEIRO **SILVEIRA**^{1*}, SONIA CRISTINA SOARES DIAS **VERMELHO**²

1. Graduada em Pedagogia pela Faculdades Integradas de Urubupungá e em Letras pelo Centro Universitário de Jales – UNIJALES. Especialista em EAD e as Tecnologias Educacionais – Centro Universitário de Maringá e em Neuropedagogia pelas Faculdades Integradas de Urubupungá. Mestrado em Promoção da Saúde – Educação e Tecnologia – UNICESUMAR (cursando), Professora/mediadora da EAD UNICESUMAR. 2. Graduação em Informática pela Universidade Positivo (1993) e Graduação em Design pela Facnopar (2010). Mestrado em Educação: História, Política, Sociedade pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1998). Doutorado em Educação: História, Política, Sociedade (Educação e Ciências Sociais) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Pós-Doutorado pela Universidade do Porto/INESC-Porto (2013) e Pós-Doutoranda na Universidade de Brasília (2013). Atualmente é coordenadora do Programa de Pós-Graduação (Mestrado Acadêmico) em Promoção da Saúde e professora titular do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

* Rua José Lourenço dos Santos, 548A – Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87053-335. rosi.m.silveira@hotmail.com

Recebido em 02/04/2014. Aceito para publicação em 10/04/2014

RESUMO

A criança hiperativa mostra de maneira clara e abrangente seu comportamento. Desta forma, buscamos relatar os problemas causados e sofridos pelo indivíduo com este transtorno, por sua família, pela escola e em seu convívio social. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão de literatura objetivando descrever as ações da criança hiperativa, em seus diversos lugares de atuação, e encontrar meios de uma convivência saudável entre este indivíduo, sua família, unidade escolar e a sociedade. A pesquisa foi realizada com base em livros impressos e artigos da base de dados da SciELO. Assim, concluímos que os pais junto com a criança hiperativa devem buscar ajuda profissional competente e especializado, assim que os sintomas aparecerem, pois só ele é capaz de elaborar um diagnóstico e orientá-los a fim de melhorar a convivência familiar, não deixando que a situação tome grandes proporções e não afete a vida social deste indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Criança, hiperatividade, TDAH.

ABSTRACT

The hyperactive child shows clearly and comprehensively their behavior. Thus, we seek to report the problems caused and sustained by the individual with this disorder, their families, school and in their social life. The survey was conducted through a literature review aiming to

describe the actions of hyperactive children in their various places of work, and find ways to a healthy coexistence between the individual, their family, school and society unit. The research was based on printed books and articles database of the SciELO. We conclude that parents with hyperactive children should seek skilled and competent professional help as soon as symptoms appear, for only he is able to make a diagnosis and guide them to improve family life, not letting the situation take major and does not affect the social life of this individual.

KEYWORDS: Child, hyperactivity, TDAH.

1. INTRODUÇÃO

A literatura médica apresentou as primeiras referências aos transtornos hiperativos no meio do século XIX. Assim, sua nomenclatura vem sofrendo alterações contínuas. Na década de 40, surgiu a designação disfunção cerebral mínima, estabelecendo uma relação entre as características da síndrome com as vias nervosas.

Para Rohde & Halpern (2004)¹, embora se observem nomenclaturas distintas, o sistema classificatório CID-10,

com o Transtorno Hiperativo, e o DSM-IV-TRTM, com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentam mais similaridades do que discordâncias nas diretrizes diagnósticas.

Para Cunha *et al.* (2013)² o TDAH é o distúrbio neuropsiquiátrico mais comum da infância e está incluído entre as doenças crônicas prevalentes entre escolares. Em amostras não referidas, estima-se que de 3% a 6% das crianças em idade escolar apresentam TDAH.

O impacto desse transtorno na sociedade é enorme, considerando seu alto custo financeiro, o estresse nas famílias, o prejuízo nas atividades acadêmicas e vocacionais, bem como efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. Estudos têm demonstrado que crianças com essa síndrome apresentam um risco maior de desenvolverem outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura objetivando descrever as ações da criança hiperativa, em seus diversos lugares de atuação, e encontrar meios de uma convivência saudável entre este indivíduo, sua família, unidade escolar e a sociedade. A pesquisa foi realizada com base em livros impressos e artigos da base de dados da SciELO. Foram selecionados artigos relacionados ao tema proposto, publicados entre os anos de 1985 a 2013.

3. DESENVOLVIMENTO

Identificação do hiperativo

Crianças que sofrem com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH apresentam conduta inapropriada para a sua idade. Assim, muitos recebem o estigma por ter um comportamento antissocial, pois lhes custa controlar seu comportamento, as emoções e pensamentos, pois se deparam com uma grande dificuldade para prestar atenção e concentrar-se. A inquietude faz parte de seu dia-a-dia, movendo os pés, mãos, e o corpo sem um objetivo claro. Levantam-se, saltam e correm quando deveria permanecer sentado e calmo.

Para Desiderio & Miyazaki (2007)³, o TDAH tem origem biológica e é caracterizada pela hereditariedade, sendo considerado um problema neuropsiquiátrico, que possui como manifestações principais a desatenção, a impulsividade e a hiperatividade.

Silva (2009)⁴, afirma que uma hipoperfusão cerebral localizada mais significativamente na região pré-frontal e pré-motora do cérebro das pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção - TDA resulta num menor aporte sanguíneo local, e como consequência, ocorre a diminuição do metabolismo nesta área, que, ao receber menos glicose terá menos energia e funcionará com de-

sempenho reduzido.

Os indivíduos inseridos nessa realidade sofrem com a baixa autoestima, decorrido da impopularidade com as demais crianças que preferem permanecer perto daqueles que possuem controle sobre seu corpo e suas ações. Apresentam aborrecimento e excitação excessivos e incontroláveis, não conseguindo, por exemplo, brincar de forma tranquila; não respeitam a vez do colega; excitam-se e aborrecem-se com frequência. De acordo com o grau acentuado de impulsividade a criança age antes de pensar, e responde antes que terminem a pergunta; sofre com a falta de concentração, não se prende a detalhes, organização e nem às instruções, falta-lhe persistência, além de não terminar as tarefas, distrair-se com muita facilidade, e se esquece do que tem que fazer com muita frequência. Em casos mais extremos apresentam ainda o diagnóstico de surdez fictícia. Segundo Goldsten (1996)⁵, “*Em diversos momentos do século XX, tem se referido a estas crianças como acometidas de inquietação, falha de controle moral, disfunção cerebral mínima, distúrbio pós-cefálico, reação hiperativa da infância, distúrbio de falta de atenção e distúrbio de atenção por hiperatividade, e mesmo que os rótulos tenham mudado o mesmo não acontece com o problema que permanece ao longo dos anos*” (GOLDSTEN, 1996⁵, p. 83).

A escola tem um papel fundamental na observação da criança hiperativa, pois geralmente ela costuma envolver-se em brigas, ou brincar sempre sozinha, chamando atenção, ou se comportando como se fosse alienada. Para Fu *et al.* (2000)⁶ os sintomas são mais frequentes em meninos que em meninas, mas quando acontece com as meninas é com maior intensidade.

Existem várias características que ajudam a identificar a criança hiperativa, mas, isto não quer dizer que este seja um trabalho fácil, pois o TDAH pode ser facilmente confundido com falta de limites e para este tipo de erro não ocorrer a criança deve receber uma avaliação detalhada de seu comportamento. O reconhecimento precoce do TDAH e o manejo adequado dessa condição podem redirecionar o desenvolvimento educacional e psicossocial da maioria dessas crianças.

De acordo com Kaippert *et al.* (2003)⁷, esse transtorno não é obrigatoriamente acompanhado de hiperatividade e é uma doença de fato. Isto porque o THAD está relacionado à determinados neurotransmissores produzidos em maior ou menor quantidade no nosso sistema nervoso central, regulando seu funcionamento.

O critério diagnóstico preciso para o TDAH está compilado no DSM-IV19. A escala diagnóstica adapta a descrição fenomenológica dos sintomas sob a forma de perguntas. Para isso, é necessário um conjunto significativo de sintomas para considerar a dimensão positiva. No entanto, uma vez que este primeiro critério é atendido, é indispensável à avaliação de outros: a existência dos sintomas em pelo menos dois ambientes, o início de al-

guns dos sintomas antes dos sete anos, a evidência do comprometimento funcional, ou seja, escolar, social e familiar, e o diagnóstico diferencial que os sintomas são inespecíficos, onde não podem ser mais bem atribuídos em outro transtorno.

De acordo com Silva (2009)⁴ e com o DSM-IV19 o TDA subdivide-se em três tipos: 1) TDA com predomínio de sintomas de desatenção; 2) TDA com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; 3) TDA combinado. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico.

[...] a prevalência das dificuldades de leitura em crianças com TDAH não é uma consequência de uma desordem de linguagem de base fonológica, mas sim uma consequência secundária dos problemas de autorregulação e de atenção inerente ao TDAH. Os autores argumentaram que, inicialmente, a decodificação de palavras demanda atenção e autorregulação, áreas que frequentemente são difíceis para as crianças com TDAH, por isso há uma forte associação entre TDAH e incapacidade de leitura (CUNHA, 2012⁸ p.29).

Rohde & Halpern (2004)¹ acreditam que as crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, por outro lado, são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros dois tipos tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e de impopularidade.

Embora sintomas de conduta, de oposição e de desafio ocorram mais frequentemente em crianças com qualquer um dos dois tipos de TDAH do que em crianças normais, o tipo está mais fortemente associado a esses comportamentos. Além disso, o tipo combinado apresenta também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos.

De acordo com Reinhardt & Reinhardt (2013)⁹. É muito provável que um paciente com TDAH seja avaliado por causa dos prejuízos causados por estes sintomas. Assim, um paciente não será avaliado pela desatenção, mas por um acidente que sofreu por este sintoma.

O relacionamento familiar, escolar e na sociedade

No relacionamento familiar é importante que uma rotina estável seja estabelecida em casa. Para diminuir a confusão e a quantidade de estímulos diários, devem-se definir horários específicos para comer e dormir. Faz-se necessária a busca dos pais pela terapia para adquirirem informação e apoio, diminuindo assim o sentimento de frustração e isolamento que atinge a família.

O envolvimento da família pode ainda ser ressaltado sob a perspectiva que o ser humano nasce, cresce e morre dentro de uma família. Assim, a família é provavelmente o melhor contexto para compreender e auxiliar as dificuldades vivenciadas por qualquer um de seus membros (DESIDERIO & MIYAZAKI, 2007³, p. 170).

O relacionamento entre pais e filhos depende muito do clima emocional que se estabelece no lar e que para obter um bom clima emocional é preciso que haja harmonia do casal e tratamento igual aos filhos. Muitas vezes as crianças deixam de ter um relacionamento saudável na sociedade, por que em casa são desvalorizados e desprezados, por serem diferentes do que os pais esperavam que fossem. A partir disso, surgem grandes conflitos e por parte dos pais, sentimento de decepção e fracasso.

De acordo com Silva (2009)⁴, em família, pode-se observar claramente o desenrolar desse processo. A criança TDAH, em geral é punida com castigos físicos, e não são poucos os comentários que fazem a seu caráter.

Para Barros & Silva (2006)¹⁰, o ambiente para a criança com TDAH deve ser emocionalmente estável e consistente, no qual tenha experiência de aceitação e amor incondicional. Sob tais condições, pode exprimir seus sentimentos sem medo e sem culpa, de forma que não existe necessidade de fuga e ressentimento, tendo em vista que quanto menor a criança maior a necessidade de segurança.

A pesquisa apresenta diferenças nítidas de personalidade, ligadas ao tratamento emocional recebido durante a primeira infância. Acredita-se que o tratamento afetivo dos bebês conduza ao desenvolvimento de uma personalidade desembaraçada, generosa e confiante, enquanto as crianças criadas na atmosfera fria de orfanatos são frequentemente, indiferentes e incapazes de ligações emocionais intensas.

Estes desajustes emocionais da criança podem ocorrer por vários motivos, sendo eles: nascimento de um novo membro da família, perda (morte) de um membro da família ou brigas ou separação entre os pais. Nesse ambiente é que crianças apresentam mais problemas de ajustamento e mais dificuldades sérias do que outras crianças. Um fator que agrava esse quadro é a disciplina severa e a apreensão. Para Silva (2009)⁴, enquanto criança TDAH convive apenas nomeio familiar, muitas de suas características repousam em estado de latência.

De acordo com o psiquiatra Andrade (2000)¹¹, a hiperatividade só fica evidente no período escolar, pois é quando precisa aumentar o nível de concentração para aprender. A inteligência de pessoas hiperativas não é comprometida com a doença, mas o principal empecilho

para elas é a impulsividade e a falta de atenção, ferramentas importantes para o progresso dos estudos. Ao se tratar do paciente hiperativo, é notada marcante melhoria no seu rendimento escolar.

Os pacientes que não apresentam dificuldades no aprendizado conseguem executar as tarefas de modo rápido e eficiente, mas como terminam antes que os outros ficam a atrapalhar o trabalho dos colegas por conta da hiperatividade. Esse comportamento causa insatisfação ao grupo, que passa a reclamar e a interferência do professor, ao chamar a atenção do aluno, tem como objetivo primordial o de manter a classe organizada, provocando uma reação agressiva por parte do aluno, além de acentuar a hiperatividade (TO-PAZEWSKI, 1999¹², p. 57).

Se o convívio social é importante para o desenvolvimento da criança, para quem tem TDAH não é diferente. Cabe ao professor observar sinais como agitação e dificuldade de assimilação.

Para Costa *et al.* (2009)¹³, as meninas que sofrem da doença são mais distraídas, falam demais ou simplesmente se isolam, pois os sintomas nas meninas são mais acentuados. Os meninos não conseguem manter amizades por muito tempo, são agitados e interrompem a aula constantemente. É preciso levar em conta que crianças hiperativas não podem ser julgadas como rebeldes, tendo em vista que sofrem de uma doença que provoca dificuldades de concentração, e não se dão conta das ordens que recebem.

Essas crianças são fonte de medo e insegurança por parte dos educadores por não terem uma ampla visão de desenvolvimento ou de estratégias pedagógicas que favorecem a aprendizagem daqueles que se mostram diferentes ou que desafiam uma rotina escolar (SANTOS & VASCONCELOS, 2010¹⁴, p. 720).

Desta forma não cabe ao professor ou a escola fazer o diagnóstico, mas é possível observar o aluno e conversar com os pais para que um especialista seja procurado.

O trabalho livre e diversificado pode favorecer esse tipo de criança que também se mostra satisfeita na incumbência de realizar tarefas auxiliando o professor. Proporcionar atividades variadas que ocupem a criança o maior período possível, dando a ela liberdade de escolha e de movimentos (RIZZO, 1985¹⁵, p. 307).

De acordo com Santos & Vasconcelos (2010)¹⁴, al-

guas crianças desenvolvem o transtorno bem precocemente, porém, antes de quatro ou cinco anos é muito difícil se fazer um diagnóstico preciso. O transtorno é de origem orgânica, sendo que em casos de pais hiperativos a chance de o filho ser portador desse transtorno é de 50%, irmãos (5 a 7%), quando gêmeos (55 a 92%) e sendo que de 50 a 60% ainda persistem os sintomas na fase adulta, pois não há cura.

Todavia, muitos pesquisadores acreditam que não é hereditário e que isto aconteça como consequência de algum desequilíbrio da química do cérebro.

O diagnóstico não é uma tarefa difícil para um profissional especializado, pois, existe uma série de testes neuropsicológicos, e nas avaliações existe a questão da observação ambiental-comportamental.

Kaippert *et al.* (2003)⁷, acreditam que o diagnóstico de adultos com TDAH, mais importante ainda é conseguir o histórico cuidadoso da infância, do desempenho acadêmico, dos problemas comportamentais e profissionais. À medida que aumenta o reconhecimento de que o transtorno é permanente durante a vida da pessoa, os métodos e questionários relacionados com o diagnóstico de um adulto com TDAH estão sendo padronizados e tornados cada vez mais acessíveis.

Há algumas diferenças notáveis entre um portador de TDAH e um indivíduo dito mal-educado. O portador de TDAH continua agitado diante de situações novas, isto é, não consegue controlar seus sintomas, já o mal-educado, primeiro avalia bem o terreno e manipula situações buscando obter vantagens sobre os outros. Reinhardt & Reinhardt (2013)⁹ afirmam que os indivíduos com este transtorno são significativamente mais agressivos no trânsito, assim necessitando de um diagnóstico preciso e de tratamento adequado.

Para Nagel (2010)¹⁶, este transtorno é mais um tipo de violência escolar, assim Na verdade, o desejo de entender por que nossos filhos procedem, hoje, diferentemente dos filhos de ontem, só surge quando determinados comportamentos, de modo extensivo, começam a perturbar os pais ou a sociedade em geral. Enquanto esses comportamentos (hoje considerados problemáticos) estavam sendo produzidos, ainda em fase de desenvolvimento, eles provocavam muito entusiasmo e pouca, ou nenhuma, preocupação nos defensores das novas formas sociais.

Para Santos & Vasconcelos (2010)¹⁴, três tipos de tratamento estão sendo empregados em casos de TDAH, são eles: farmacológico, terapia comportamental e a combinação das terapias farmacológica e comportamental.

A pesquisa apresentou que o tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. O primeiro passo para um tratamento preciso deve ser educacional, através de informações claras e precisas à família e aos

amigos a respeito deste transtorno. Muitas vezes, é necessário um programa de treinamento para os pais, a fim de que aprendam a manejar os sintomas do filho. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades, como um ambiente silencioso, consistentes e sem maiores estímulos visuais para estudarem.

Para Desiderio & Miyazaki (2007)³, a indicação de psicofármacos para o TDAH depende das comorbidades presentes. A literatura apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha. Existem mais de 150 estudos controlados, bem conduzidos metodologicamente, demonstrando a eficácia destes fármacos. É importante frisar que a maioria desses estudos restringe-se a crianças em idade escolar, sendo que no Brasil, o único estimulante encontrado no mercado é o metilfenidato. A dose terapêutica normalmente se situa entre 20mg/dia e 60mg/dia. Geralmente utiliza-se o esquema de duas doses por dia, uma de manhã e outra ao meio dia. Cerca de 70% dos pacientes respondem adequadamente ao estimulante e os toleram bem. Essas medicações parecem ser a primeira escolha nos casos de TDAH.

4. CONCLUSÃO

Este estudo buscou relatar algumas considerações sobre o TDAH na escola, na família, e na sociedade apresentando suas principais consequências e formas de abordagem. A partir das pesquisas, considera-se fundamental que os atores envolvidos na realidade do portador de TDAH, principalmente pais e professores, tenham conhecimento dos transtornos e deficiências, e ao reconhecer suas peculiaridades possam auxiliar no processo de desenvolvimento dos indivíduos.

O TDAH é concebido por um transtorno dos quais influenciam e alteram o modo de vida de quem o possui, com aspectos que devem ser reconhecidos e tratados adequadamente.

O tratamento do TDAH envolve uma aproximação múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, sendo o metilfenidato a medicação com maior comprovação de eficácia neste transtorno; mas para isso, deve ser administrado de acordo com o grau de limitações impostos pela doença.

Para alguns casos, administram-se medicamentos psicoestimulantes, bem como, neuroestimulantes, para que estimulem os neurotransmissores deficientes, equilibrando o doente para um autocontrole. Em casos mais leves, o auxílio de uma terapia comportamental com a criança e com a família torna-se suficiente. Por outro lado, em casos mais graves, exige-se uma ação multidisciplinar: pais, professores, médicos, terapeutas e medicamentos.

A escola, a família e os amigos quando trabalham juntos auxiliam muito no tratamento do TDAH, na socialização, não esquecendo, porém de impor limites, pois este se faz necessário, visto que esta criança vive em sociedade e por isso deve obedecer regras.

Diante dos avanços de pesquisas sobre hiperatividade, o tratamento ameniza fortemente os sintomas, propiciando ao portador de TDAH uma vida mais tranquila e condizente com sua realidade.

REFERÊNCIAS

- [1]. Rohde LA. Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualizado. J Pediatr, Rio de Janeiro. 2004; 80(2):61-70.
- [2]. Cunha VLO *et al.* Desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em tarefas metalinguísticas e de leitura. Revista CEFAC, São Paulo. 2013; 15(1).
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000100005&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 16 set. 2013.
- [3]. Desiderio RC., Miyazaki MCOS. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): orientações para a família. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas. 2007; 11(1).
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100018&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 16 set. 2013.
- [4]. Silva ABB. Mentis inquietas, Rio de Janeiro: Ed. Fontanar, 2009.
- [5]. Goldstein SM. Hiperatividade: como desenvolver capacidade de atenção da criança. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- [6]. Fu IL. Curatolo E, Friedrich S. Transtornos afetivos. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo. 2000; 22(Supl. 2).
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000600007&lng=en&nrm=iso.
Acesso em: 04 dez. 2013.
- [7]. Kaippert ACM. Depoli AMA, Mussel FME. Hiperatividade. Pedagogia em Foco, Petrópolis, 2003.
Disponível em: <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/spdslx08.htm>.
Acesso em: 17 set. 2013.
- [8]. Cunha ACT, Importância das atividades lúdicas na criança com hiperatividade e déficit de atenção segundo a perspectiva dos professores. 2012; 105. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor) - Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa 2012.
- [9]. Reinhardt MC, Reinhardt CAU. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre. 2013; 89(2).
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200004&lng=pt&nrm=iso.
Acesso em: 1 abr. 2014.

- [10]. Barros P. Silva FBN. Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro. 2006; 2(1).
Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100006&lng=pt&nrm=isso.
Acesso em: 4 dez. 2013.
- [11]. Andrade ER. de. Indisciplinado ou hiperativo. Nova Escola, São Paulo. 2000; 132;30-2.
- [12]. Topazewski A. Hiperatividade: como lidar?, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- [13]. Costa CRCM. Maia Filho HSM, Gomes MM. Avaliação clínica e neuropsicológica da atenção de comorbidades com TDAH nas Epilepsias da infância: uma revisão sistemática. J. epilepsy clin. Neurophysiol, Porto Alegre. 2009; 15(2).
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492009000200006.
Acesso em: 5 dez. 2013.
- [14]. Santos LF. Vasconcelos LA. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. Psic Teor. e Pesq. Brasília, DF. 2010; 26(4).
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=pt&nrm=iso>.
Acesso em: 16 set. 2013.
- [15]. Rizzo G. Educação pré-escolar. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1985.
- [16]. Nagel LH. A educação dos alunos (ou filhos) da pós-modernidade, 2010.
Disponível em:
http://www.nre.seed.pr.gov.br/cascavel/arquivos/File/semna%20pedagogica%202010/A_Educacao_dos_Alunos_ou_Filhos_da_pos_Modernidade.pdf.
Acesso em: 17 set. 2013.

