

Crianças Desatentas, Hiperativas e Impulsivas: Como lidar com essas crianças na Escola?

Autores:

Luciana Rizo (Psicóloga, Mestre em Psicologia Cognitiva pela UFRJ)

Bernard Rangé (Psicólogo, Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRJ. Doutor em Psicologia)

www.lucianarizo.com.br

Nos últimos anos, profissionais e pesquisadores desse Transtorno têm feito um esforço de publicação de materiais informativos e sobre manejo do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH) começando, assim, a suprir carência desse tipo de material em nosso país. Esse trabalho foi construído numa tentativa de compor esse esforço e instrumentar os professores, tão fundamentais no desenvolvimento das crianças, sobre como lidar com essas crianças dentro da sala de aula com estratégias que irão contribuir para o melhor funcionamento de toda a turma.

A primeira parte do trabalho é constituída de material informativo sobre TDAH, pois se faz fundamental o conhecimento do transtorno para o melhor entendimento do papel de cada estratégia apresentada na segunda parte.

Características do Transtorno

O TDAH caracteriza-se, principalmente, pela disfunção em três áreas de funcionamento: sustentação da atenção, agitação excessiva e auto-regulação de Impulsos (Barkley, 1981, 1990, 1997b, 2002a). Esses déficits comportamentais aparecem relativamente cedo na infância, antes dos sete anos de idade, e permanecem durante o seu crescimento, comprometendo o funcionamento dessas crianças no seu dia-a-dia e podendo causar sérios prejuízos no desenvolvimento psicossocial e acadêmico delas (Madan-Swain e Zentall, 1990; Faraone, Biederman e cols.,1993).

Segundo o DSM-IV-TR (2002) para fazer o diagnóstico de TDAH é necessário que sejam reconhecidos, pelo menos, seis sintomas dentre os nove apresentados para a desatenção para o subtipo Desatento; no diagnóstico do subtipo Hiperativo/Impulsivo devem ser observados, no mínimo, seis sintomas dos nove descritos para esse subtipo. É descrito, ainda, o terceiro subtipo desse transtorno: o Subtipo Combinado que deve conjugar seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade.

A desatenção pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de

trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas e atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa); perder coisas necessárias para realização de atividades (p.e.:brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais); ser distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

Os sintomas de hiperatividade caracterizam-se por: agitar mãos e pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente “à mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo vapor”; falar em demasia. A impulsividade pode ser reconhecida pelos seguintes sintomas: freqüentemente responde de forma precipitada antes das perguntas terem sido concluídas; com freqüência tem dificuldade em esperar a vez e, freqüentemente interrompe ou se intromete em assuntos de outros.

Para que seja confirmado o diagnóstico, alguns sintomas devem estar presentes antes dos sete anos. É necessário, ainda, que sejam observadas evidências de prejuízos clinicamente significativos no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional, ou seja, os sintomas precisam causar prejuízos significativos no funcionamento em, pelo menos, duas áreas importantes da vida desses indivíduos dentre a casa, a escola ou o trabalho. Os sintomas descritos devem persistir por, no mínimo, seis meses em grau desadaptativo e serem inconsistentes com o nível de desenvolvimento esperado para a idade (DSM-IV-TR, 2002). Portanto, o diagnóstico do TDAH não se baseia na simples presença dos sintomas, mas em sua gravidade e duração, e em que extensão interferem na vida cotidiana (Hallowell e Ratey, 1999).

Desde o final da década de 70 discute-se a persistência do TDAH na idade adulta (Hallowell e Ratey, 1999). Em estudo recente, Barkley e Fischer e cols. (2002) demonstraram que se observa uma incidência entre 46 e 66% de TDAH residual na idade adulta, desde que, para o diagnóstico, seja utilizada uma entrevista com uma pessoa de convívio próximo além, é claro, da entrevista com o próprio portador.

A causa do TDAH não pode ser atribuída a um único fator. Porém existem claras evidências que apontam para influência genética. Discute-se, ainda, a importância de fatores ambientais como gatilhos para a expressão do transtorno, em indivíduos com alguma predisposição genética.

Pesquisas realizadas com gêmeos mostram um risco maior para a expressão do transtorno em monozigóticos (MZ) do que dizigóticos (DZ). Sherman, MacGue e Iacono (1997), encontraram concordância para TDAH de 53% a 67% em MZ e de 0% a 32% em DZ. Estudos realizados com parentes não biológicos de crianças TDAH adotadas mostraram que estes parentes têm menos chances de receber o diagnóstico de TDAH do que parentes biológicos de portadores do transtorno (Epstein, Conners, Erhardt e cols., 2000; Faraone, Biederman e cols. 1993). Em trabalho realizado analisando a prevalência de TDAH em gêmeos irmãos de portadores apontou a probabilidade de 50% destes receberem o mesmo diagnóstico que os irmãos (Goodman e Stevenson, 1989; Faraone, Biederman e cols. 1993).

Várias teorias foram construídas sobre as causas ambientais que poderiam ser apontadas como causa do TDAH: consumo de aditivos alimentares (corantes e conservantes); excesso de açúcar na alimentação; exposição demasiada à luz fluorescente e problemas com hormônios da tireóide; contudo, como nenhuma dessas hipóteses demonstrou-se sólida e suficiente para representar uma das causas do TDAH todas elas foram abandonadas.

No final da década de 70, Willis e Lovaas postularam que o TDAH seria resultado de convivência com pais que apresentavam pouco controle sobre o

comportamento dos seus filhos e métodos de criação que resultariam em pouca obediência. Porém, na década de 80, Barkley e colaboradores desenvolveram uma pesquisa na qual famílias de portadores de TDAH eram observadas antes e depois do tratamento. Observaram que, nessas famílias, as mães apresentavam mais comandos e supervisão sobre seus filhos. Após o tratamento com estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), percebeu-se que as mães apresentavam diminuição significativa do seu comportamento de comandos e supervisão exacerbada sobre seus filhos. Barkley pode concluir, então, que o comportamento das mães é resultado e não causa do TDAH de seu filho (Barkley, 1988).

Ainda hoje, discute-se fatores ambientais como uso de tabaco e álcool durante a gestação; de sofrimento fetal durante o parto (devido à não realização adequada de exames pré-natais e/ou atraso na realização do parto). Porém esses fatores apontados como causais podem constituir conseqüências de um comportamento impulsivo e desatento da mãe também portadora de TDAH (Mattos, 2001).

Até o momento, estudos sugerem que os sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade seriam resultantes de disfunção cerebral, principalmente na região anterior do lobo frontal. Essas alterações seriam responsáveis por déficits cognitivos das funções executivas, ou seja, na capacidade de planejar e antecipar conseqüências, de controlar impulsos, de iniciar um plano de ação, de modificar as estratégias a partir dos resultados obtidos, de verificar a validade da ação e, ainda, da falta de motivação para iniciar e manter-se atento à realização de tarefas.

A dificuldade de inibição da resposta impulsiva é, hoje, apontada como o principal comprometimento cognitivo do TDAH (Barkley, 1997a; Nigg, 2001; Clark, Priore e Kinsella, 2000; Barkley, 1997b). A expressão desse comprometimento no dia-a-dia pode ser observada nas respostas emitidas por essas crianças antes do término da pergunta, no comportamento de furar a fila para entrar primeiro na sala

de aula e na dificuldade de se manter sentado enquanto faz as tarefas escolares, por exemplo.

Além da dificuldade de controle do impulso, a sustentação da atenção é um dos déficits cognitivos mais evidentes do TDAH. Essa dificuldade de manter a atenção focada comprometeria também a memória. A recepção das informações fica desorganizada devido à dificuldade de concentração impossibilitando assim o armazenamento adequado. Muitos pais e professores apontam que, embora a criança estivesse parada na sua frente no momento em que a regra foi explicada, ela nunca segue essas regras da forma como foram explicadas. Ou, ela se apresenta tão agitada que não consegue focar a atenção para armazenar a informação.

Os portadores de TDAH são facilmente distraídos por estímulos externos devido à incessante procura por reforçadores imediatos (Barkley, 1981). Portanto, manter-se em uma atividade constante de estudo para receber uma boa nota no final do bimestre não parece razoável para essas crianças, pois a recompensa está muito distante no tempo. Alguns experimentos foram realizados a fim de verificar essa característica que faz com que crianças com TDAH troquem recompensas maiores por menores desde que essas sejam oferecidas imediatamente (reforço imediato).

A maioria dos pacientes que procuram a ajuda de profissionais, sofre com as dificuldades secundárias resultantes da interação dos comprometimentos cognitivos e comportamentais, os ambientais, sociais e acadêmicos.

Interação Social

A convivência com crianças portadoras de TDAH é muito dificultada pela impulsividade, agitação e desatenção características do transtorno que possuem. Apresentam baixa tolerância à frustração, são extremamente competitivas, freqüentemente modificam e criam regras com o fim de se beneficiarem nos jogos,

têm grande dificuldade de compartilhar brinquedos e não parecem dar muita atenção ao que as outras crianças querem fazer (Phelan, 1996).

O seu comportamento disruptivo acaba por diminuir o número de ambientes a serem freqüentados por estas crianças, seja por que as outras crianças deixam de convidá-las para festas e brincadeiras, seja por seus pais evitarem sair com essas crianças, pois aprenderam que onde quer que as levem sempre sairão do local tendo experimentado um desconforto propiciado pelo comportamento inadequado de seu filho.

Alguns estudos empíricos têm observado interações dessas crianças em sala de aula, pequenos grupos experimentais, em pequenos grupos no *playground* e com adultos. De uma maneira geral, esses estudos apontam que a criança com TDAH é mais disruptiva, desligada da tarefa e dominadora dos seus pares (Madan-Swain e Zentall, 1990). Essas crianças são, freqüentemente, classificadas na zona de rejeição e, raramente, apontadas com interação positiva pelos seus pares (Braswell, 1991).

A interação familiar é também afetada pela inabilidade social e comportamentos inadequados decorrentes dos sintomas primários do TDAH. Assim como os conflitos com colegas, conflitos entre irmãos são muito freqüentes. Além de déficit nas habilidades sociais com os pares, os portadores de TDAH exibem comportamentos que aborrecem os adultos como a desatenção no cumprimento de regras, a hiperatividade e a impulsividade. Esta contribui para a emissão de respostas malcriadas quando eles não recebem imediatamente o que querem e isso é uma expressão da dificuldade de esperar por reforços em longo prazo que faz com que estes problemas apareçam também com os pais e outros adultos com os quais convivem. Da mesma forma, estudos têm documentado que, comparando com controles, portadores de TDAH são mais propensos a receber ações disciplinares tais como suspensões e expulsões (ver, por exemplo, Barkley e cols., 1990; Smith e cols., 1998).

A escola

A escola é apontada pelas crianças com TDAH com um lugar “chato”. Devido à delas de uma dificuldade de seguirem regras, de manterem-se atentas, de controlarem seus impulsos e de sua hiperatividade, de passarem horas seguidas em um mesmo local, realizando tarefas, na maioria das vezes, sem atrativos reforçadores. Tudo isso faz com que a escola se torne um lugar extremamente aversivo para essas crianças. Não é raro, em uma sessão inicial com um portador de TDAH ouvir que o recreio é o que ele mais gosta de fazer no colégio.

Em alguns casos, é a escola que aponta para a necessidade de avaliação da criança, pois os professores percebem que existe algo de errado com ela. A criança portadora de TDAH apresenta características muito diferentes de seus colegas e, na maioria das vezes, perturba o funcionamento da classe (principalmente os portadores do subtipo hiperativo). As crianças desatentas são identificadas pelo professor, pois parecem estar em qualquer outro lugar, menos na sala de aula e, por mais que o professor chame a atenção delas, eles nunca conseguem que essa seja mantida por muito tempo (por mais que a criança pareça se esforçar para isso).

Principais dificuldades da criança com TDAH na escola

- **Dificuldade na filtragem de distratores externos e internos (atenção seletiva)**

A criança apresenta grande facilidade para se distrair, seja com o que vê pela janela, alguém que passa pelo corredor, com o lápis do colega que cai no chão etc. Outra grande dificuldade dessa criança é controlar seu comportamento de ‘sonhar acordado’ (distrai-se com seus próprios pensamentos).

- **Dificuldade em sustentar a atenção por tempo prolongado (atenção sustentada)**

É muito difícil para a criança portadora de TDAH prestar atenção em explicações longas e/ ou fixar atenção na leitura de parágrafos extensos. Sua atenção se desvia para outro foco em um curto espaço de tempo.

- **Desorganização**

Freqüentemente, esquecem material a ser usado em sala de aula. Apresentam dificuldades para se organizar com datas. Precisam de auxílio extra para organizar as anotações nos cadernos.

- **Esquecem de algo que haviam estudado previamente**

Isso ocorre porque a atenção era superficial enquanto estudavam e, assim, o material não é memorizado corretamente.

- **Impulsividade**

Não esperam o professor terminar a pergunta para respondê-la. Com freqüência, acabam fornecendo respostas inadequadas ou incorretas. Passam ao tópico seguinte sem terminar o anterior construindo anotações confusas ou inacabadas.

Para que o professor possa lidar com essas dificuldades em sala de aula, foram desenvolvidas estratégias a serem praticadas com toda a turma beneficiando, assim, tanto aos alunos portadores de TDAH quanto aos não portadores.

As estratégias a serem utilizadas pelos professores em sala de aula serão apresentadas em tópicos, pois o espaço de um capítulo não seria suficiente para explicar e realizar uma fundamentação teórica de cada estratégia.

Estratégias que tornam o ambiente escolar facilitador do desenvolvimento da criança com TDAH

- ✓ Arrumar as cadeiras de forma que permita a movimentação do professor por toda a sala tendo acesso a todos os alunos.
- ✓ Manter os alunos com potencial distraibilidade sentados próximo ao professor (sem parecer punitivo)
- ✓ Localizar a cadeira do estudante longe da janela e corredor, minimizando distratores visuais e auditivos.
- ✓ Colocar sentadas ao lado da criança TDAH crianças que são modelos de atenção (evitando comparações entre elas).

Estratégias que visam minimizar as dificuldades de aprendizagem

- ✓ Estabelecer uma rotina de aula e agenda.
- ✓ Estabelecer com a criança o que é esperado dela e prêmios para o seu cumprimento (sistema de pontos).
- ✓ Procurar manter a criança em um meio organizado, com normas de conduta claramente especificadas e limites definidos

Rizo, L. ; Rangé, B. **Crianças Desatentas, hiperativas e impulsivas: Como lidar com essas crianças na escola?**. In: Brandão e cols (Org.). Sobre o Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1 ed. Santo André: Esetec Editores Associados, 2003, v. 11, p. 422-432.

- ✓ Mostrar que valoriza a organização, oferecendo alguns minutos para que os alunos organizem suas carteiras e separem o material a ser usado antes de começar as atividades.
- ✓ Reforçar a organização das tarefas premiando a fileira de carteiras mais organizadas do dia.
- ✓ Estabelecer um trabalho em equipe com a criança→ ambiente colaborativo com regras claras e democraticamente discutidas com todos os alunos.

Sugestões de estratégias no desenvolvimento de tarefas ou testes:

- ✓ Aproximar-se da criança quando estiver dando explicações ou apresentando a lição.
- ✓ Fazer uma revisão das instruções quando estiver apresentando assuntos novos e verificar se os estudantes compreenderam as instruções (pedir que um deles repita o que é para ser feito)
- ✓ Evitar folhas de exercícios escritas à mão, prefira impressões com letras em preto.
- ✓ Pedir que os estudantes sublinhem as palavras chaves dos exercícios enquanto lê os enunciados
- ✓ Pedir que façam um círculo em volta de sinais matemáticos com cores fortes que chamem atenção.
- ✓ Desenhar bordas nos tópicos que deseja enfatizar no exercício.
- ✓ Usar folhas de papel colorido em exercícios ou testes, principalmente se a tarefa for apontada como “chata” pelos alunos.
- ✓ Evitar testes longos
- ✓ Caso seja necessário um teste ou exercício com mais de uma página, oferecer uma folha e só entregar a próxima quando o aluno terminar a primeira.

- ✓ Desenvolver sistema de recompensas para trabalhos feitos em sala e trabalhos de casa. Enfatizar o ganho pela qualidade e não pela rapidez na execução das tarefas (rapidez reforça a impulsividade).
 - Um exemplo de sistema de reforço para a qualidade do trabalho executado evolve transformar acertos em fichas a serem gastas num leilão de prendas no final do semestre.
 - Como reforçamento imediato podem ser usados adesivos (estrelas, personagens favoritos, times de futebol) colados a cada lição completada com boa qualidade.

- ✓ Reforçar positivamente os passos dados em direção às metas estabelecidas. Não esperar para reforçar somente o comportamento meta. Reforçando os passos intermediários estará mostrando o caminho para aquisição do comportamento adequado.
- ✓ Oferecer elogios específicos do tipo: “Eu gosto de ver você fazendo suas tarefas com tanta qualidade!”. Evite elogios generalizados como: “bom garoto!”
- ✓ Lembrar aos alunos de conferir o trabalho executado a fim de minimizar a possibilidade de trabalhos incompletos ou com erros por desatenção / impulsividade.

Estratégias para lidar com a hiperatividade

- ✓ Conscientizar o aluno do tipo de prejuízo que esse comportamento traz para ele e para o grupo.
- ✓ Recomendar a participação mais ativa da criança em sala de aula como um Ajudante do Professor, por exemplo. Pedir que a criança se levante para realizar incumbências, oferecendo assim uma oportunidade de se movimentar sem atrapalhar o andamento da aula.
- ✓ Oferecer pequenos intervalos entre as tarefas.
- **Socialização**
 - ✓ Reforçar positivamente os comportamentos adequados promovendo segurança e encorajamento.
 - ✓ Estabelecer com a turma metas de comportamento social e implementar um sistema de recompensas (sistemas de pontos).
 - ✓ Encorajar a cooperação entre os alunos durante as tarefas de aprendizagem.
 - ✓ Elogiar os alunos freqüentemente.
 - ✓ Criar oportunidades de sucesso para o portador de TDAH em sala de aula. Reforçar suas melhores habilidades. Por exemplo: se o aluno apresentar habilidades de leitura, pedir para ele ler para a turma.
 - ✓ Dar oportunidade ao aluno de demonstrar suas habilidades.
 - ✓ Evitar pedir que ele se exponha em tarefas que tem dificuldade.

A fim de melhorar a socialização dos alunos em sala de aula, fizemos uma adaptação do Jogo do Bom Comportamento (*“Good Behavior Game”*) desenvolvido por Sheppard Kellam para crianças que apresentavam comportamentos agressivos em sala de aula. Em nossa adaptação, procuramos ressaltar o papel da cooperação entre os dois grupos a fim de minimizar a competição no jogo. Também mostrou-se fundamental que nas primeiras listas de comportamentos alvo estivessem presentes aqueles comportamentos adequados mais facilmente emitidos pelo portador de TDAH.

JOGO DO BOM COMPORTAMENTO

- Dividir a turma em dois grupos;
- O jogo tem uma duração pré determinada;
 - Se o jogo começar muito longo, aumenta a probabilidade de um ato disruptivo
(Ex: na primeira semana dura 5 minutos por dia; na segunda semana dura 10 minutos por dia)
- Aquele grupo que tiver o melhor comportamento receberá um adesivo de estrela na agenda
 - Os alunos e professor devem construir uma lista de bons comportamentos a serem seguidos durante o jogo;
 - A turma deve construir uma lista de prêmios e o valor destes em pontos.
 - Colocar nas primeiras listas de comportamentos adequados aqueles nos quais o portador de TDAH é bastante hábil;
- Não aceitar que um grupo ganhe pontos denunciando o outro grupo; Evitando assim a competição e confusões criadas por acusações.
- Se os dois grupos tiverem um bom comportamento, terão direito a um ponto de bônus; Assim estamos reforçando a cooperação entre os grupos.

Rizo, L. ; Rangé, B. **Crianças Desatentas, hiperativas e impulsivas: Como lidar com essas crianças na escola?**. In: Brandão e cols (Org.). Sobre o Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1 ed. Santo André: Esetec Editores Associados, 2003, v. 11, p. 422-432.

Como foi apontado anteriormente, essas estratégias devem ser aplicadas a toda a classe, pois beneficiará a todos os alunos e não só aos portadores de TDAH. E, dessa forma, não acontecerá a estigmatização do portador.

Com este trabalho, procuramos contribuir para o aumento de informação sobre um transtorno de alta incidência em todo o mundo e contribuir para que a população brasileira tenha instrumentos para lidar com esse transtorno minimizando as perdas nas interações sociais e no desempenho acadêmico que, como discutimos, comprometem de forma significativa o desenvolvimento dessas crianças.

Referências

American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (quarta edição). Washington, DC.

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Psiquiátricos (quarta edição revisada). Washington, DC.

Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. (New York: Guilford)

Barkley, R.A. (1988). The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 27, 336-341.

Barkley, R. A., DuPaul, G. J. e McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

Barkley, R. A. (1997a). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 1, 65-94.

Barkley, R. A. (1997b). ADHD and the nature of self-control. Guilford Press: New York.

Barkley R. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment, 2Ed. Guilford: New York.

Barkley, R.A., Fischer M. et. al. (2002a). The Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 2, 279-289.

Barkley, R.A.(2002b). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed.

Braswell, L., Bloomquist, M.(1991).Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children: Child, Family and school interventions. London:The Guilford Press.

Clark, C. Prior, M. e Kinsella G. J. (2000). Do Executive Function Deficits Differentiate Between Adolescents with ADHD and Oppositional Defiant/Conduct Disorder? A Neuropsychological Study Using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28,5, 403-414.

Rizo, L. ; Rangé, B. **Crianças Desatentas, hiperativas e impulsivas: Como lidar com essas crianças na escola?**. In: Brandão e cols (Org.). Sobre o Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1 ed. Santo André: Esetec Editores Associados, 2003, v. 11, p. 422-432.

Doyle, A. E., Biederman, J., Faraone S. V. e cols. (2000). Diagnostic Efficiency of Neuropsychological Test Scores for Discriminating Boys With and Without Attention Deficit—Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 3, 477-488.

Epstein, J. N., Conners C. K., Erhardt D. e cols. (2000). Familial Aggregation of ADHD Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28,6, 585-594.

Faraone, S. V. e J. Biederman e cols.(1993). Intellectual Performance and School Failure in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in Their Siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 4, 616-623.

Faraone, S. V., Biederman, J., Monuteaux, M. C. e Seidman, L. J. (2001). A psychometric measure of learning disability predicts educational failure four years later in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 4, 220-230.

Guardiola A, Fuchs F, Rotta N (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 401-407.

Hallowell, E. M. e Ratey, J.J. (1999). *Tendência à Distração: Identificação e Gerência do Distúrbio do Déficit de Atenção da Infância à Vida Adulta*. Rio de Janeiro: Editora Rocco.

Janes, C., Hesselbrock, V., Myers, D. e Penniman, J. (1979). Problem boys in young adulthood: Teachers' ratings and twelve-year followup. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 453-472.

Lambert, N. M. e Sandoval, J. (1980). The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 33-50.

Levine, M. D., Busch, B. e Aufseeser, C. (1982). The dimension of inattention among children with school problems. *Pediatrics*, 70, 387-395.

Madan-Swain , A. , Zentall, S. S. (1990) Behavioral Comparisons of Liked and Disliked Hyperactive Children in Play Contexts and the Behavioral Accommodations by Their Classmates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 2, 197-209.

Rizo, L. ; Rangé, B. **Crianças Desatentas, hiperativas e impulsivas: Como lidar com essas crianças na escola?**. In: Brandão e cols (Org.). Sobre o Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1 ed. Santo André: Esetec Editores Associados, 2003, v. 11, p. 422-432.

Mattos, P. (2001a). No mundo da Lua: Perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos Editorial.

Mattos, P., Duchesne, M.(2001b). Tratamento do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e impulsividade. In: Rangé, B.(Org) (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: ArtMed Editora.

Nigg, J. T. (2001).Is ADHD a Disinhibitory Disorder?. *Psychological Bulletin*, 127, 5, 571-598.

Phelan, T. (1996). All About Attention Deficit Disorder.Illinois: Child Management Inc.

Rangé, B.(Org). (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: ArtMed Editora.

Rohde L., Biederman J., Busnello E., et al (1999). ADHD in a school sample of brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722

Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., Weber, W. e Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of ADHD: Performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.

Seidman , L., Biederman, J., Monuteaux , M. C. (2001). Learning Disabilities and Executive Dysfunction in Boys With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 15, No. 4, 544-556.

Sherman, D.K., McGue, M.K., e Iacono, W.G. (1997). Twin concordance for attention deficit disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154, 532-535.

Smith, B. H. ,Pelham, W. E. ,Evans, S. e cols.(1998). Dosage Effects of Methylphenidate on the Social Behavior of Adolescents Diagnosed With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 2, 187-204.

Strecker, E. A., e Ebaugh, F.G. (1924) Neuropsychiatric sequelae of cerebral trauma in children. *Archives of Neurology Psychiatry*, 12, 443-453.