The background is a vibrant, abstract collage of colors and geometric patterns. It features a mix of warm tones like reds, oranges, and yellows, and cooler tones like blues, greens, and purples. The composition is filled with various shapes, including triangles, squares, and circles, some of which are filled with smaller patterns like grids or dots. The overall effect is a complex, multi-layered visual texture.

UMA VISÃO
PSIQUIÁTRICA

TDAH

Glossário

1. APRESENTAÇÃO

2. CONCEITO E CONTEXTO

3. UMA BREVE HISTORIA DO TDAH

4. EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA

- Prevalência
- Etiologia
 - . Fatores ambientais
 - . Fatores psicológicos

5. O QUE NÃO CAUSA TDAH

6. OS PRINCIPAIS SINTOMAS

- Desatenção Comportamento
- Hiperativo/Impulsivo (Desinibição)

7. DIAGNÓSTICO

- Desatenção
- Comportamento hiperativo/impulsivo
- Critérios DSM-5 para TDAH

8. SUBTIPOS ou APRESENTAÇÕES

- Apresentação combinada (TDAH-C)
- Apresentação predominantemente desatenta (TDAH-D)
- Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (TDAH-H)

9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Condições médicas ou orgânicas TOD (transtorno desafiador e de oposição)
- Dificuldades de aprendizagem, dificuldades intelectuais e outros transtornos do desenvolvimento
- Transtorno de personalidade Borderline
- Ciclotimia ou hipomania

10. CURSO E PROGNÓSTICO

- DESENVOLVIMENTO DO TDAH AO LONGO DA VIDA
 - . Infância
 - . Adolescência
 - . Vida adulta

- PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO ASSOCIADOS AO TDAH

- . Efeitos cognitivos
- . Dificuldades de aprendizagem e transtornos de linguagem
- . Funcionamento Acadêmico Prejudicado Funcionamento Motor
- . Efeitos sociais
- . Problemas do sono
- . Propensão à acidentes

11. COMORBIDADES

- Conceito
- Transtornos de Oposição, de Conduta e Antissociais
- Transtornos de uso e abuso de substancias
- Transtornos de ansiedade
- Transtornos Afetivos
- Transtorno do espectro autista
- Transtorno de tiques e síndrome de Gilles de La Tourette
- Transtornos da aprendizagem



Glossário

12. TRATAMENTO

- Introdução
- Tratamento farmacológico
 - . Medicação estimulante
 - a) Eficácia, segurança e praticidade da medicação estimulante
 - b) Considerações especiais com adolescentes
 - . Atomoxetina
 - . Medicamentos anti-hipertensivos
 - . Antidepressivos
- Intervenções Comportamentais
 - . Treinamento Direto da Atenção na Clínica
 - . Treinamento de pais
 - . Treinamento de professores
 - . Terapia cognitiva comportamental
 - . Treinamento de habilidades sociais
 - . Intervenções Combinadas
 - . Terapias ineficazes ou não comprovadas
- Conclusão sobre o tratamento

13. TDAH EM ADULTOS

- Introdução
- Epidemiologia
- Diagnóstico e característica clínica
- Diagnóstico diferencial
- Curso e prognóstico
- Tratamento



Aqueles que sofrem com o TDAH têm déficits significativos nas funções executivas, que são críticos para uma auto regulação emocional efetiva. E aqueles com TDAH experimentam numerosos domínios de deficiência e riscos de danos sobre o desenvolvimento

Dra. Júnea Chiari



Dra. Júnea Chiari



- Médica Psiquiatra pelo HC/UFMG
- Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo CEPAE/ FHEMIG
- Terapeuta de EMDR e Braisnpotting

Com mais de 25 anos de experiência clínica, dra Júnea já atendeu a muitos pacientes com TDAH, desde crianças pré-escolares até adultos. Em qualquer faixa etária, os prejuízos ocasionados pelo transtorno impactava negativamente na vida dos pacientes e seus familiares. Neste curso inédito, ela traz informações científicas atualizadas, que auxiliarão no diagnóstico e condução do tratamento.



1. Apresentação

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma doença médica, que afeta **crianças** pré-escolares e escolares, **adolescentes** e **adultos** em todo o mundo e tem sido alvo de muita controvérsia. Lamentavelmente, muitas pessoas desconhecem a existência do TDAH ou afirmam que ele não passa de uma invenção da modernidade ou das indústrias farmacêuticas. Para conversarmos um pouco mais o TDAH, precisamos entender primeiramente os sintomas do transtorno e os prejuízos que ele traz. Neste curso online você vai aprender o que é, de fato, o TDAH, sua definição e natureza, prevalência na população e causas do distúrbio. Depois vamos nos concentrar no diagnóstico clínico do TDAH, em seus subtipos, aprender a entender os seus prejuízos e o impacto na vida de seus portadores e familiares. Também falarei sobre o impacto do TDAH ao longo da vida e suas importantes comorbidades. Na sequência, será a hora de conhecer mais sobre importância do tratamento: as recomendações da psicologia e o tratamento farmacológico, que proporcionarão comportamental, prevenção das comorbidades e orientação aos familiares.



2. Conceito

TDAH >>>>>>>> Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

É um transtorno específico do desenvolvimento, presente em crianças e adultos, que se caracteriza por déficits na inibição comportamental (impulsividade), na atenção sustentada e na resistência à distração (desatenção), e na regulação do nível de atividade de uma pessoa às demandas de uma situação (hiperatividade ou inquietação). Este distúrbio teve inúmeros rótulos diferentes ao longo do século passado.

Contexto

O TDAH não é uma desordem de atenção, como há muito se supunha. Apesar das causas não serem conhecidas, parece haver uma falha de desenvolvimento no circuito cerebral que monitora a inibição e o autocontrole. Essa perda de autorregulação prejudica outras importantes funções cerebrais cruciais para manter a atenção, incluindo a capacidade de adiar recompensas imediatas para ganhos posteriores. O TDAH é hoje um dos transtornos mentais mais estudados, com vasta literatura, inclusive no Brasil. Ao longo deste curso, iremos nos concentrar nos tópicos mais importantes deste transtorno e aprender como a psiquiatria e as neurociências classificam, diagnosticam e tratam o TDAH.



3. Breve história do TDAH



Referências literárias a indivíduos com sérios problemas de desatenção, hiperatividade e pouco controle de impulsos remontam a Shakespeare, que fez referência a uma doença de atenção no personagem rei Henrique VIII. Mas, o primeiro artigo na literatura médica sobre distúrbios da atenção, é um pequeno capítulo em um livro de medicina, publicado em 1775 por um proeminente médico alemão (Melchior Adam Weikard), que descreveu sintomas de distração, pouca persistência, ações impulsivas e desatenção sobre o pequeno Phillip, que fazia todas as coisas que atribuímos a uma criança com TDAH hoje em dia. Phillip corria sem parar, não conseguia ficar sentado na cadeira durante o jantar e quando o fazia, balançava para frente e para trás, derramava seu leite na mesa frequentemente, corria pela casa e interrompia a conversa dos adultos a todo momento. Em 1798, um médico escocês (Alexander Crichton) fez uma descrição acadêmica detalhada de um caso de desatenção. Depois nada mais foi escrito ou descrito sobre o que hoje chamamos de TDAH até o início do século 20, quando o pediatra inglês (George Still) fez uma descrição mais sistematizada de um grupo de 20 crianças em sua prática clínica que ele definiu como tendo um déficit na “inibição volitiva” que levava a um “defeito no controle moral” no comportamento. Descritas como agressivas, sem lei, desatentas, impulsivas e hiperativas, muitas dessas crianças hoje seriam diagnosticadas não apenas como TDAH, mas também como tendo transtorno desafiador de oposição (TOD).



As observações de Still foram muito precisas, descrevendo muitas das características do TDAH que hoje são corroboradas pelas pesquisas, como

- Maior incidência no sexo masculino;
 - Alta comorbidade com conduta anti social e depressão;
 - Agregação de alcoolismo, conduta criminosa e depressão entre os parentes biológicos;
 - Predisposição familiar para o distúrbio, provavelmente de origem hereditária;
 - Possibilidade do transtorno também decorrente de lesão adquirida no sistema nervoso.
- Ao longo da 1ª metade do século XX, vários casos de problemas comportamentais foram descritos em crianças que apresentavam algum dano cerebral, como traumas de parto, traumatismos cranianos, exposição a toxinas e infecções, e deram origem ao conceito de síndrome da criança com lesões cerebrais.
- Somente na década de 60, o foco mudou da etiologia cerebral para o comportamento da hiperatividade e do mau controle dos impulsos que caracterizam essas crianças, surgindo a expressão “disfunção cerebral mínima”.



- Em 1968, com a publicação do DSM-II (Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais, da American Psychiatric Association - APA), esses transtornos da infância foram chamados de "reação hiperkinética da infância". Nesta época, os pacientes com déficit de atenção e hiperatividade já eram tratados com anfetaminas (ritalina), associando-se a patologia a uma atividade eletromagnética do cérebro, que precisava ser estimulado por uma substância ativadora, que melhora a concentração, a memorização, com conseqüente melhora no desempenho escolar.
- Nos anos 70, outros sintomas começaram a chamar a atenção de professores e educadores devido a suas repercussões na escolaridade, no desenvolvimento da personalidade e na vida das crianças e adolescentes com TDAH. Nesta época começou-se a falar de sintomas como: **falta de coordenação motora, problemas com o sono, dificuldade para aprender a ler ou compreender a leitura, dificuldade na aritmética, instabilidade de humor, baixa tolerância à frustração, falta de disciplina, desorganização e comportamento rebelde e desobediente que prejudicavam muito a relação das crianças na sala de aula e em suas famílias.**
- Em 1980, no DSM-III, surge a definição de transtorno de déficit de atenção (TDA), que enfatizava que o ponto central do problema era a dificuldade de concentrar-se e manter a atenção e criava dois tipos de TDA: com hiperatividade e sem hiperatividade. As crianças que se enquadravam no TDA com hiperatividade eram consideradas excessivamente ativas, impulsivas e se comportavam muitas vezes de maneira destrutiva, forma mais comum no sexo masculino. Em 1987, no DSM-III-R todos os sintomas (déficit de atenção, impulsividade e hiperatividade) foram considerados igualmente importantes, e surgiu o termo Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.
- No início dos anos de 1990, a OMS (Organização Mundial da Saúde), também inclui os transtornos de atenção e hiperatividade no CID 10, classificados na categoria F90. Na publicação do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), grandes modificações vieram.



4. Epidemiologia e Etiologia

- Prevalência



O TDAH é o distúrbio neuropsiquiátrico mais comum na infância, afetando de 5 a 8% das crianças em idade escolar e cerca de 2,5% em adultos.



Entretanto os relatos sobre a incidência do TDAH nos Estados Unidos varia de 2 a 20% das crianças do ensino fundamental, enquanto no Reino Unido chega a ser relatada como menos de 1%.

Essa discrepância nas taxas de prevalência gera questionamentos a respeito da validade do diagnóstico do TDAH, mas isso PROVAVELMENTE acontece por métodos de seleção de amostras e pela natureza das populações estudadas (por e: diferentes países e culturas, população urbana ou rural, comunidade geral x ambientes escolares), além da faixa etária e composição sexual das amostras. Mas quando os critérios utilizados pelo DSM são respeitados para definir o TDAH as taxas de prevalência estão entre 7% e 10% das crianças. Mesmo assim essa representa uma alta prevalência.



Se você parar para pensar um pouco verá que em uma sala de aula com 20 crianças no ensino fundamental, 1 ou 2 crianças tem TDAH.



Prevalência



Além de ter uma alta prevalência, O TDAH parece persistir ao longo da vida (ao contrário do que se pensava antigamente):

- 60 a 85% dos indivíduos diagnosticados quando crianças continuam a atender aos critérios para o transtorno na adolescência
- até 60% permanecem sintomáticos na vida adulta.

Diferenças de gênero

Em média, os meninos têm mais probabilidade de serem diagnosticados como TDAH do que as meninas, com a média sendo de aproximadamente 3:1.



No entanto isto não acontece na idade adulta, o que reforça a teoria de que as crianças de sexo masculino são mais encaminhadas aos profissionais por seu comportamento mais hiperativo ou impulsivo do que o das meninas e são mais propensos a ter uma comorbidade de oposição ou distúrbio de conduta.

Etiologia

As causas do TDAH ainda são desconhecidas e os cientistas estão estudando causas e fatores de risco, em um esforço para encontrar melhores maneiras de gerenciar e reduzir as chances de uma pessoa ter TDAH.





Entre as evidências conhecidas, alguns pontos são:

Fatores genéticos - Aspectos importantes na epidemiologia do TDAH que remetem as evidências de uma base genética são:

- Uma pessoa tem um Parentes biológicos de primeiro grau pessoas afetadas por TDAH tempo um risco 2x maior para desenvolver o TDAH e outros transtornos psiquiátricos.
- Irmãos de crianças com TDAH também têm risco mais alto do que a população geral de desenvolver transtornos de aprendizagem e dificuldades acadêmicas.
- Os pais de crianças com TDAH apresentam incidência aumentada de impulsividade, transtorno de personalidade e uso e abuso de álcool e drogas

Fatores ambientais - Apesar da maioria dos portadores de TDAH não apresentarem nenhum dano cerebral importante, vários fatores ambientais foram associados com o surgimento do transtorno:

- Exposição intrauterina à nicotina e ao álcool
- Prematuridade, baixo peso ao nascer e exposição à toxinas durante infância Além disso pessoas que vivem no ambiente familiares sociais estressantes também tem uma chance maior de ter TDAH. Importante ressaltar que apesar de serem menos determinante para o surgimento de transtornos que os fatores genéticos, os fatores ambientais são muito relevantes visto que podem ser evitados através de campanhas de prevenção.



Fatores neuroquímicos e neurofisiológicos - Exames mais modernos como a RNM mostram que pacientes com TDAH apresentam um volume cerebral levemente menor do que os controles. Essa diminuição é mais evidente no córtex cerebral em regiões responsáveis pelo funcionamento cognitivo, como no córtex pré-frontal (determinado sintomas de desatenção) e nas áreas localizadas abaixo do córtex cerebral (subcorticais), responsáveis pelo controle inibitório dos movimentos e das emoções (responsáveis pela hiperatividade, impulsividade e desregulação emocional). Muitas dessas áreas são inervadas por neurônios produtores de dopamina e noradrenalina, que se encontram diminuídos nos pacientes com TDAH.



Fatores psicológicos - Crianças institucionalizadas muitas vezes são hiperativas e têm períodos de atenção curtos. Esses sinais resultam de uma privação emocional prolongada, desaparecendo quando os fatores de privação são removidos, mediante a adoção ou a transferência para um lar transitório.



5. O que não causa TDAH

Podemos não saber ainda ao certo o que causa o TDAH, mas sabemos o que não o causa:

- Pais ou professores ruins não causam TDAH. É certo que uma criança com TDAH apresenta comportamentos que necessitam de muito mais intervenção dos adultos, portanto os pais e professores têm que estar muito mais envolvidos e esse processo pode ser muito cansativo e desgastante, pela dificuldade de se relacionar-se com a criança ou pela dificuldade de fazer as coisas. Mas isso não é a causa.
- Açúcares, corantes alimentares, sensibilidades e alergias alimentares não causam TDAH. Não há realmente nenhuma evidência científica que a alimentação mude o comportamento da criança ao ponto de causar TDAH. Também sabemos que muitos computadores,
- TVs, videogames, esse tipo de coisa não causam TDAH. Os pais costumam dizer, eu não entendo como ele pode ter TDAH, pode sentar em frente a um filme ou um videogame por horas e seus olhos estão grudados na tela. Isso porque a maioria dos problemas que as crianças com TDAH exibem não ocorre em momentos em que estão fazendo algo que é divertido e envolvente. É durante esses momentos que estamos realmente utilizando o sistema de memória e atenção deles.



Não há exames complementares (como exame de sangue ou de imagens, como Rx, TC ou RN) que confirmem ou ajudem no diagnóstico do TDAH. O diagnóstico é realizado clinicamente por profissionais da saúde mental.



6. Os principais sintomas

Desatenção



Para falar de desatenção, primeiramente é preciso discorrer um pouco sobre o que é atenção e função executiva.

A atenção é a parte do aparato cognitivo que permite a uma pessoa focalizar, seletivamente, estímulos sensoriais e ideias, enquanto mantém à parte outros estímulos potencialmente perturbadores. Visto que a mente humana não pode processar, ao mesmo tempo, todos os estímulos que recebe de fontes internas e externas, os processos de atenção selecionam, filtram e organizam essas informações. A atenção está relacionada com os níveis de alerta e vigiância e pode ser dividida em:

- Atenção voluntária, que é concentração ativa e intencional da consciência sobre um objeto;
- Atenção espontânea, que é atenção ativada pelo interesse momentâneo, incidental, sendo despertada por um ou outro objeto.

Outros conceitos importantes no estudo da atenção são a tenacidade e a vigiância

Tenacidade (ou capacidade de concentração) é a capacidade de manter a atenção em determinado objeto por certo tempo.

Vigiância ou mobilidade da atenção é a capacidade de, a qualquer momento, desviá-la de um objeto para outro.

Tenacidade e vigiância são qualidades opostas: se uma aumenta, a outra tende a diminuir de intensidade.



No transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH), ocorrem hipotenacidade (ou seja, uma diminuição na capacidade de concentração) e hipermobilidade da atenção (um aumento no desvio da atenção), que gera uma incapacidade de manter a atenção ou persistir em tarefas, lembrar e seguir regras e instruções, e de resistir às distrações.

Entretanto sabemos pela observação do comportamento em pessoas com TDAH, que não somente um problema de atenção mas, sim, uma disfunção no conjunto das funções cognitivas que compõem o que chamamos de função executiva .A função executiva é o conjunto de habilidades mentais que permite:

- O estabelecimento de metas antecipação
- A antecipação e o esboço de planosa
- A escolha no momento adequado para dar inicia a uma ação
- O auto monitoramento e regulação da ação, pela seleção precisa dos comportamentos e das condutas.

Na utilização harmoniosa da função executiva possibilita resultados favoráveis na resolução de problemas e é justamente esse sistema complexo que se encontra desafinado nos pacientes com TDAH. Portanto o que vemos na prática e ouvimos dos familiares são que as pessoas com TDAH:

- Tem dificuldades de manter o foco, distraindo-se facilmente com coisas irrelevantes.
- Parecem não ouvir os outros (pois ficam pensando em outras coisas enquanto as pessoas falam ou se distraem com coisas irrelevantes no ambiente).
- Tem dificuldade de refletir sobre os problemas enfrentados (não tem concentração suficiente para ouvir a si mesmo).
- Tem dificuldade de iniciar tarefas que requeiram esforço mental continuado ou tediosas.





São esquecidos com suas obrigações e perdem coisas necessárias para execução das tarefas porque já que não prestam atenção, não memorizam onde colocam as coisas e terminam por perdê-las.

Em geral os problemas com a desatenção geram a impressão de que aquela pessoa é preguiçosa ou malandra, especialmente quando não há uma estrutura familiar que ajude a criança em sua organização. Isso impacta diretamente na autoestima e na confiança dessas crianças, que se não forem tratadas provavelmente levarão essas dificuldades para vida adulta.

Comportamento Hiperativo/Impulsivo

(Desinibição)



Assim como a atenção, a inibição é um construto multidimensional e várias formas qualitativas podem ser encontradas em crianças e adultos.

Vamos falar primeiramente na Hiperatividade:

Os sintomas de hiperatividade podem ser tanto motores quanto verbais. As pessoas que sofrem de TDAH:

- São mais inquietas;
- Tem dificuldade em permanecer sentadas;
- Mexem com as mãos e os pés de forma desnecessária;
- Apresenta movimentos corpóreos grosseiros e desajeitados, geralmente sem um objetivo aparente.



As crianças com hiperatividade apresentam:

- Dificuldade de permanecer sentados em sala de aula por muito tempo e, quando são obrigadas, ficam se mexendo na cadeira
- Em casa correm sem nenhuma necessidade
- Escalam objetos e mobílias, muitas vezes localizado em lugares altos e perigosos
- São descritas pelo familiares “ligados na tomada”
- São tagarelas! falam sem parar ou fazem vocalizações e ruídos sem motivação aparente.



Na idade adulta há uma diminuição dos sintomas de hiperatividade motora, e são sentidas uma inquietação mental subjetiva, facilmente confundida por médicos e familiares com ansiedade

Já a impulsividade é a dificuldade de inibir um comportamento em resposta a uma situação. A dificuldade em controlar a resposta comportamental é um dos sintomas mais importantes do TDAH.

Os sintomas de impulsividade mais observados são:

- a intromissão na conversa de adultos;
- dificuldade de esperar em filas;
- responder a uma pergunta antes que ela seja terminada;
- dificuldade de parar ou adiar atividades prazerosas quando é necessário realizar tarefas obrigatórias e menos prazerosas (como por exemplo ficar vendo TV ao invés de fazer a lição de casa).

Na idade adulta a impulsividade pode ter consequências mais graves e predis põem o indivíduo comportamentos como uso de drogas ou sexo inseguro. Além disso, a Impulsividade e a consequente perda de auto controle são responsáveis por brigas conjugais, acidentes de carro, perda de emprego e gastos financeiros indevidos e impensados.



7. Diagnóstico



Pela descrição anterior do sistema dos sintomas é fácil entender que muitas pessoas acreditam ter TDAH sem ter, pelo fato da desatenção e inquietação estarem presentes em algum grau na vida de qualquer pessoa. Mas isso não basta para se fazer o diagnóstico de TDAH. Para evitar o excesso de diagnósticos indevidos, existem critérios padronizados que sistematizam, de forma racional, o diagnóstico e são utilizados como referências por psiquiatras e profissionais da saúde. Ao contrário do que muitos pensam, os instrumentos diagnósticos não são uma rotulação - são instrumentos de trabalho que permite que a comunidade psiquiátrica mundial fale a mesma língua e possam realizar diagnósticos precisos. Atualmente os critérios padronizados mais utilizados no diagnóstico do TDAH são os da OMS (CID) e da Associação Americana de psiquiatria. No Brasil os critérios do CID são utilizados no sistema de saúde e para fins oficiais (como laudos, atestados e relatórios), enquanto os critérios do DSM são usados na prática clínica e na pesquisa. Neste curso, teremos como referência os critérios diagnósticos do DSM por serem os mais utilizados em todo mundo e por nos permitir diagnosticar os vários tipos de TDAH descritos (a saber, desatento, hiperativo e combinado), o que não é possível no CID. Além disso há um especificador para gravidade, seja leve, moderada ou grave.

O diagnóstico do TDAH é feito através de uma consulta ou entrevista clínica, feito por uma profissional da saúde que tenha conhecimento amplos sobre o transtorno. Quando a suspeita é em uma criança, os pais ou responsáveis devem estar presente para fornecer informações do comportamento e da data de início dos sintomas.

A entrevista é focada no levantamento da presença de sintomas de desatenção hiperatividade e impulsividade e sobre os prejuízos decorrentes destes. Nenhum exame de sangue, neuropsicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico ou neurológico tem a capacidade de fazer o diagnóstico.

No TDAH alguns desses exames podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico (por e. Definir nível de inteligência), para eliminar causas específicas (por e alterações da tireoide) ou garantir que o tratamento seja realizado de forma segura (por e EEG para descartar epilepsia).



Os critérios do DSM V listam 18 sintomas, divididos em dois agrupamentos de sintomas.

No 1º grupo são descritos 9 sintomas de desatenção e no 2º 06 sintomas de hiperatividade e 03 de impulsividade.

Para ser considerado válido, cada sintoma deve ser muito frequente na vida do indivíduo e para ser considerado TDAH, o paciente deve apresentar de 05 a 06 sintomas em cada grupo. Contudo, a simples contagem de sintomas não basta!

Eles também devem estar presentes em vários contextos ou áreas da vida do indivíduo. Além disso os sintomas devem causar claro prejuízo no desempenho ou causar sofrimento ao paciente.

Nas crianças abaixo de 12 anos os sintomas devem estar presentes há pelo menos 06 meses e nos adultos vários desses sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos. Apesar de seu início ocorrer geralmente na infância, antes dos 12 anos (antes do DSM V o critério de idade era surgimento dos sintomas até os 7 anos), o TDAH pode ser diagnosticado em qualquer etapa da vida. Isso ocorre geralmente quando a hiperatividade e a desatenção se tornam disfuncionais, afetando o desempenho acadêmico ou laboral.

Por fim para uma tomada de decisão diagnóstica precisamos avaliar se o funcionamento do indivíduo é prejudicado em mais de 1 ambiente. Isso inclui casa, escola ou outros lugares, como em um esporte ou grupos de convívio social. Também deve haver uma avaliação sobre se os problemas comorbidos estão presentes ou não. Isso inclui coisas como distúrbios de aprendizagem, distúrbios como depressão ou ansiedade.



Critérios diagnósticos do DSM-5 para o TDAH

Critério A

Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. **Desatenção:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).

b) Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).

c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).

d) Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).



f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

g) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).

h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).

i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).



Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

2.

Hiperatividade ou impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:



- a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.
→ Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude
- d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e) Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f) Frequentemente fala demais.
- g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

Critério B

Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.



Critério C

Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

Critério D

Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

Critério E

Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Determinar os subtipos:

- **Apresentação combinada:** Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.
- **Apresentação predominantemente desatenta:** Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.
- **Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva:** Se o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.



Especificar a gravidade atual:

- **Leve:** Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.
- **Moderada:** Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.
- **Grave:** Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.



Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.

Fonte: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, [Copyright @ 2013]. American Psychiatric Association. Todos os direitos reservados.)



8. Subtipos ou apresentações

As pessoas com TDAH formam um grupo bastante heterogêneo. Apesar das características comuns de desatenção, hiperatividade e impulsividade, há uma variedade de sintomas, de comorbidades, respostas a tratamentos e cursos evolutivos. Nas últimas décadas, os pesquisadores elaboram algumas formas de classificação do TDAH e subtipos foram propostos. Os subtipos se propõe a identificar subgrupos mais homogêneos, com características clínicas mais comuns e análise dos prejuízos, prognóstico e indicações terapêuticas.



De acordo com o DSM V o TDAH conta com as três apresentações a seguir:

1. Apresentação combinada (TDAH-C): quando o paciente apresenta seis ou mais sintomas de desatenção e de hiperatividade/impulsividade.

→ Prevalência: 66% das crianças e 62% dos adultos com TDAH

2. Apresentação predominantemente desatenta (TDAH-D): quando o paciente apresenta seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade/impulsividade.

→ Prevalência: 26% das crianças e 31% dos adultos com TDAH



3. Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (TDAH-H): quando o paciente apresenta seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e menos de seis sintomas de desatenção.

→ Prevalência: 08% das crianças e 07% dos adultos com TDAH

A pesquisa científica mostra que os comprometimentos no TDAH estão, em geral, associados aos níveis de desatenção ou de hiperatividade/impulsividade. Por exemplo, está demonstrado que altos níveis de desatenção estão associados a maiores chances de se desenvolver depressão e transtorno específico da aprendizagem.

Indivíduos com altos níveis de hiperatividade/impulsividade (TDAH-C e TDAH-H) têm maiores chances de desenvolver doenças disruptivas e tiques. Em contrapartida, parâmetros como hereditariedade e resposta ao tratamento são semelhantes nos diferentes subtipos.

O **TDAH-C** é o subtipo que traz maiores comprometimentos para os pacientes:

- apresentam mais prejuízos no funcionamento global e nas relações sociais, com maior tendência a serem ignorados pelos colegas
- maior predisposição para desenvolver transtorno de oposição desafiante (TOD), transtorno da conduta (TC) e transtorno bipolar (TB).



- por apresentarem maiores problemas na relação com a escola, são mais frequentemente encaminhadas para tratamento e esse encaminhamento em geral é feito em faixas etárias mais jovens.

O TDAH-D abarca duas situações clinicamente relevantes. Existem crianças com muitos sintomas de desatenção e alguns de hiperatividade/impulsividade (que tem um perfil mais parecido com o TDAH-C) e outras com quase nenhum ou poucos sintomas de hiperatividade/impulsividade. Esse subtipo (em especial quando apresenta poucos ou nenhum sintoma de hiperatividade) é composto por crianças mais sonhadoras, lentas, confusas e apáticas.

Algumas crianças possuem um tempo cognitivo lento, que tem sido pesquisado como um diagnóstico separado no TDAH.

O TDAH é cercado de muita controvérsia. Além de apresentar prevalência inferior aos demais, quase todas as crianças que preenchem critérios para esse subtipo têm entre 4 e 6 anos de idade.

→ Em estudos longitudinais, apenas um pequeno percentual de crianças inicialmente diagnosticadas com TDAH-H continuavam apresentando sintomas do transtorno cinco anos depois do diagnóstico. Isso compromete seriamente a validade deste subtipo como entidade diagnóstica.

É importante saber que pode haver alterações de subtipos ao longo do desenvolvimento, muitas crianças com TDAH-C mudam para TDAH-D ao longo do desenvolvimento.

Ao contrário, aquelas inicialmente diagnosticadas com TDAH-D geralmente continuaram com o mesmo diagnóstico ao longo da vida. Esses achados corroboram as diferentes trajetórias das duas dimensões de sintomas ao longo do desenvolvimento: os sintomas de hiperatividade/impulsividade tendem a abrandar ou desaparecer com maior frequência do que os de desatenção.



9. Diagnóstico diferencial



Um cuidadoso trabalho clínico de avaliação diagnóstica é o instrumento mais valioso na diferenciação do TDAH e outras patologias, já que os principais sintomas do TDAH - a desatenção, a impulsividade e hiperatividade - se manifestam em diversos momentos da nossa vida, isoladamente ou combinados com outras patologias ou situações específicas. Portanto é de fundamental importância estar atento a duração e impacto dos sintomas, lembrando que o diagnóstico de TDAH exige a presença de sintomas persistentes e prejudiciais em pelo menos dois ambientes diferentes. É essencial que déficit de atenção seja incompatível com a idade cronológica e com o nível de desenvolvimento de quem está sendo avaliado.

Entre as diferentes categorias clínicas, as que mais geram dificuldade na realização de um diagnóstico diferencial com TDAH são:



Condições médicas ou orgânicas

Algumas condições médicas podem apresentar diminuição da atenção ou aumento da atividade motora e precisam ser descartadas antes do diagnóstico do TDAH, caso haja suspeita clínica. As mais comuns são:

- Deficiência auditiva e visual
- Disfunção tireoidiana
- Anemia severa
- Envenenamento por chumbo
- Distúrbios do sono
- Medicamentos que causam entorpecimento cognitivo (ex: estabilizadores do humor, AP)
- Medicamentos que podem causar inquietação psicomotora (ex: descongestionantes, beta-agonistas)



→ TOD (transtorno desafiador e de oposição)
Enquanto os pacientes com TDAH evitam as atividades escolares devido a dificuldade em manter o foco para realização das tarefas ou pela incapacidade de sustentar esforço mental necessário para conclusão das atividades, os sujeitos com TOD evitam as tarefas por não desejarem ou por não saber se ajustar às demandas que o cercam.

→ Dificuldades de aprendizagem, dificuldades intelectuais e outros transtornos do desenvolvimento.

Principalmente na infância, esse tipo de problema podem gerar sintomas que se confundem com TDAH, que pela desatenção podem ter dificuldade em aprender, levando a uma frustração e uma perda de interesse nas tarefas acadêmicas, além de potencialmente poder dificultar aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Um ponto a ser considerado em um diagnóstico diferencial é que a pessoa com TDAH manifesta desatenção diante de situação relacionada ao tópico gerador de frustração (por exemplo, ler um livro), e o paciente transtorno de aprendizagem mantém o mesmo padrão fora do ambiente escolar ou de aprendizagem.

→ Transtorno de personalidade Borderline.
Devido a características clínicas comuns, principalmente ligados à Impulsividade, manifestação de raiva e agressão, irritabilidade, intolerância a frustração o paciente adulto pode ser suspeito de apresentar TDAH.

→ Ciclotimia ou hipomania
Devido a presença de sintomas ou comportamentos semelhantes, as vezes é bastante difícil diferenciar quadros de alteração do humor e TDAH. os principais sintomas de hipomania são:

- Irritabilidade.
- Atividade ou agitação aumentadas.
- Maior desejo de falar.
- Dificuldades na concentração.
- Redução das necessidades de sono.
- Aumento da energia sexual.
- Comportamento imprudente ou irresponsável.
- Maior sociabilidade ou familiaridade excessiva.





Para fazer um DD, há necessidade de se pesquisar o início e a duração dos sintomas, assim como entender que alguns sintomas são típicos de alterações do humor: como aumento da sexualidade, expansividade e comportamento imprudente. A diferenciação pode ser particularmente difícil na infância.

10. Curso e prognóstico

O TDAH ao longo da vida

O curso do TDAH é variável. Os sintomas podem persistir até a adolescência ou a idade adulta em aproximadamente 60% dos casos. Nos outros 40%, o transtorno pode ter remissão na puberdade ou no início da vida adulta. Em alguns casos, a hiperatividade pode desaparecer, mas a atenção diminuída e problemas de controle dos impulsos persistem. A hiperatividade costuma ser o primeiro sintoma a diminuir, e a distratibilidade, o último.

A persistência do TDAH pode ser prognosticada por história familiar importante do transtorno, eventos negativos de vida e comorbidades com sintomas de conduta, depressão e transtornos de ansiedade.

A remissão é improvável antes dos 12 anos e, quando ocorre, pode ser acompanhada por uma vida adolescente e adulta produtiva e poucas sequelas.

A maioria dos pacientes com o transtorno, entretanto, sofre remissão parcial e torna-se vulnerável a comportamento anti social, transtornos por uso de substâncias e transtornos do humor. Os problemas de aprendizagem em geral continuam durante toda a vida. Em resumo, o prognóstico do TDAH parece estar relacionado à uma psicopatologia comórbida persistente, em especial o transtorno da conduta, dificuldades sociais e fatores familiares caóticos. Os resultados mais positivos podem ser obtidos com a melhora do funcionamento social das crianças, diminuição da agressividade e melhora de situações familiares o mais cedo possível.



O curso do TDAH é variável. Os sintomas podem persistir até a adolescência ou a idade adulta em aproximadamente 60% dos casos. Nos outros 40%, o transtorno pode ter remissão na puberdade ou no início da vida adulta. Em alguns casos, a hiperatividade pode desaparecer, mas a atenção diminuída e problemas de controle dos impulsos persistem. A hiperatividade costuma ser o primeiro sintoma a diminuir, e a distratibilidade, o último.

A persistência do TDAH pode ser prognosticada por história familiar importante do transtorno, eventos negativos de vida e comorbidades com sintomas de conduta, depressão e transtornos de ansiedade.

A remissão é improvável antes dos 12 anos e, quando ocorre, pode ser acompanhada por uma vida adolescente e adulta produtiva e poucas sequelas.

A maioria dos pacientes com o transtorno, entretanto, sofre remissão parcial e torna-se vulnerável a comportamento anti social, transtornos por uso de substâncias e transtornos do humor. Os problemas de aprendizagem em geral continuam durante toda a vida. Em resumo, o prognóstico do TDAH parece estar relacionado à uma psicopatologia comórbida persistente, em especial o transtorno da conduta, dificuldades sociais e fatores familiares caóticos. Os resultados mais positivos podem ser obtidos com a melhora do funcionamento social das crianças, diminuição da agressividade e melhora de situações familiares o mais cedo possível.

Neste módulo falarei sobre as mudanças no perfil do TDAH ao longo do desenvolvimento. Embora as taxas de prevalência do transtorno apresentem declínio ao longo da vida, há evidências consistentes que mostram que os portadores de TDAH mantêm sintomas e prejuízos ao longo da vida, mesmo que mudem o padrão de apresentação dos sintomas.

Infância



Apesar da maioria dos sintomas do TDAH se manifestar após os 7 anos de idade e muitos até os 12 anos (o que justificou a mudança da faixa etária de aparição de sintomas até os 12 anos no DSM-5), existem dados evidências indicando que o TDAH pode se manifestar de forma bem precoce. Nos pré-escolares, o aparecimento médio de sintomas de TDAH ocorre tipicamente entre 3 e 4 anos de idade e são mais bem observados quando a criança entra na escola, quando novas demandas do ambiente exigem que a criança se torne mais independente.

É claro que a identificação dos sintomas nesta idade é bem difícil, tendo-se em vista que boa parte dos comportamentos indicativos do transtorno na infância (como esperar em uma fila, por exemplo) são esperados em crianças pequenas. As crianças em idade pré-escolar que são percebidas como difíceis ou que têm comportamento desatento e hiperativo que persiste por mais de 1 ano têm alta probabilidade de ter TDAH e persistir com os sintomas. Casos persistentes são especialmente prováveis de ocorrer quando há conflito entre pais e filhos, maior negatividade materna e maior comportamento desafiador infantil existem.

Quando as crianças com TDAH passam para a faixa etária dos 6 aos 12 anos de idade, os problemas com o comportamento hiperativo-impulsivo provavelmente continuarão e agora serão unidos as dificuldades com atenção. Aqui se torna evidente as dificuldades com a conclusão do trabalho, distração, esquecimento relacionado ao que precisa ser feito, falta de planejamento, má organização das atividades, dificuldades para cumprir os prazos das tarefas domésticas e escolares. Algumas continuam com o comportamento impulsivo e hiperativo que já apresentavam. Problemas com comportamento de oposição e socialmente agressivo podem emergir nessa idade em pelo menos 40% a 70% das crianças com TDAH.

Aos 8 a 12 anos de idade, as crianças com apresentações iniciais de comportamento desafiador e hostil podem evoluir ainda mais para sintomas de transtorno de conduta. Nesta época, a maioria dos déficits nas funções executivas já surgiram e terá uma grande impacto no funcionamento adaptativo geral- nesta faixa etária muitas crianças com TDAH estão com uma autonomia e um desempenho cognitivo significativamente abaixo de sua capacidade intelectual. O TDAH afeta o autocuidado, a responsabilidade pessoal, a confiabilidade, a independência, as habilidades sociais apropriadas e a pontualidade destas crianças e cerca de 50% a 80% continuarão a ter o transtorno na adolescência.





Os estudos mostram que há uma diminuição nos níveis de severidade dos sintomas ao longo do, mas isso não significa que as crianças com TDAH estejam superando sua desordem em relação às crianças normais.

Adolescência



Os sintomas do TDAH tendem a permanecer na adolescência, mas parece haver uma diminuição dos sintomas, sobretudo os de hiperatividade e impulsividade.

Alguns estudos, no entanto, mostram que não há necessariamente uma diminuição dos sintomas, mas que estes se tornam mais "cognitivos" e menos "comportamentais", já que os problemas emocionais e os comprometimentos nas funções executivas têm maior impacto nessa fase.

Assim na adolescência, os sintomas de desatenção permaneceram estáveis, porém mais ou menos disfuncionais, a depender do contexto da pessoa, enquanto a externalização da hiperatividade diminuiria, mesmo que, subjetivamente, os pacientes ainda sintam esse sintoma.



Vida adulta



O prognóstico e impacto do TDAH nos adultos será abordado em um módulo a parte neste curso.

Problemas de desenvolvimento associados ao TDAH



Além de um aumento do risco de vários transtornos psiquiátricos, crianças e adolescentes com TDAH também são mais propensos a apresentar uma série de riscos para o desenvolvimento e à saúde.

Efeitos cognitivos

Os efeitos cognitivos do TDAH são bem conhecidos, sendo a atenção a função cognitiva mais associada ao transtorno. As habilidades relacionadas à atenção envolvem a capacidade de concentração, a manutenção do estado de observação e a capacidade de resistir à estímulos distratores. Outro domínio bastante prejudicado nessa população são as funções executivas. Um importante estudo mostrou que, independentemente da faixa etária, indivíduos com TDAH apresentam prejuízos em todas as funções executivas, em especial no controle inibitório, na vigilância, na memória de trabalho e no planejamento.



Na adolescência e na fase adulta, a não inibição do comportamento e a busca por recompensas imediatas podem levar a pessoa com TDAH a desenvolver comportamentos de risco e maus hábitos, com maior probabilidade de envolvimento com problemas relacionados à lei, abuso de álcool e outras drogas, impulsividade no trânsito, fracasso nos relacionamentos, na administração das finanças pessoais, bem como gravidez não planejada e contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. Dificuldades de aprendizagem e transtornos de linguagem são frequentemente relatados em crianças com TDAH. Problemas relacionados com leitura, escrita e matemática são comuns, o que acarreta maiores taxas de repetência e evasão escolar. Além da desatenção, ainda há dificuldades na organização de tarefas e materiais, lentificação no processamento das informações, má articulação da fala, assim como menor compreensão textual.

Funcionamento Acadêmico Prejudicado

A grande maioria das crianças encaminhadas para tratamento do TDAH tem dificuldades com o desempenho escolar, na maioria das vezes, por baixa produtividade. Dificuldades com o desempenho acadêmico são mais comuns na apresentação desatenta e podem ser encontradas mesmo em crianças em idade pré-escolar com TDAH, sugerindo que o transtorno pode afetar a aquisição de dados acadêmicos desde cedo, uma vez que os sintomas de desatenção são altamente correlacionados com funções executivas.

Funcionamento Motor

Como grupo, até 60% das crianças com TDAH quando comparadas com 35% das crianças normais, podem ter coordenação motora fraca ou algum distúrbio de coordenação do desenvolvimento. Também pode-se encontrar problemas na coordenação motora fina, o que diminui a qualidade da produção gráfica.

Efeitos Sociais

A criança com TDAH pode vivenciar diversos problemas sociais em decorrência de sua inquietude e impulsividade, o que pode gerar rejeição dos colegas e dificuldades de adaptação.



Em geral, os problemas nos relacionamentos interpessoais ocorrem como consequência do comportamento inadequado, como não esperar por sua vez, dificuldade em compartilhar e cooperar e por comportamentos intrusivo e hostil. A rejeição dos colegas e a repreensão constante dos adultos podem gerar sentimentos de baixa autoestima. No âmbito familiar, também são relatadas várias queixas, pois a criança apresenta dificuldade em obedecer regras, sendo comuns explosões de raiva, episódios de birra e flutuações do humor, assim como conflitos com os irmãos.

Problemas do sono

Muitos estudos sugeriram uma associação entre TDAH e distúrbios do sono. Talvez metade desses problemas sejam principalmente problemas comportamentais na hora de dormir, mas há evidências de que algumas crianças com TDAH leva mais tempo para adormecer, apresentam maior instabilidade do sono, cansaço ao despertar ou despertar noturno frequente. Em populações normais, quando a quantidade ou qualidade de sono é baixa, há maior sonolência diurna e desatenção, enquanto nas crianças com TDAH as dificuldades do sono aumentem os sintomas de comportamento agitado.

Propensão à acidentes

Estudos diversos mostram que as crianças hiperativas ou com TDAH são 4x mais propensas a acidentes do que as crianças de controle, inclusive a acidentes mais graves como fratura de ossos, lacerações, ferimentos na cabeça, dentes quebrados, etc. Esse risco elevado está diretamente relacionado ao comportamento impulsivo, o que leva essas crianças a se machucarem mesmo que sejam ensinadas e bem orientadas quanto às medidas de segurança. Nos adolescentes, a forma mais estudada são de acidentes com veículos motorizados e esses estudos deixam poucas dúvidas de que o TDAH está associado a um risco maior de acidentes automobilísticos do que na população normal. Os adolescentes e adultos jovens dirigem mais rápido, levam mais multas e se envolvem em muito mais acidentes e acidentes mais graves.



Impacto do TDAH ao longo da vida



11. Comorbidades no TDA

Comorbidade >>>>>>>>>> é a existência de duas ou mais doenças, ocorrendo simultaneamente, na mesma pessoa. Além disso em geral essas patologias se potencializam - ou seja, uma provoca o agravamento da outra e vice-versa. Além disso, a comorbidade pode dificultar o diagnóstico e influenciar o prognóstico.

Um exemplo comum de comorbidade, é a obesidade e suas doenças mais comumente associadas ou comórbidas: como a diabetes, hipertensão arterial, etc.



Um exemplo comum de comorbidade, é a obesidade e suas doenças mais comumente associadas ou comórbidas: como a diabetes, hipertensão arterial, etc.

Na psiquiatria e na psicologia as comorbidades são bastante comuns e prevalentes, sendo o TDAH um dos transtornos que apresenta maior comorbidade. Pessoas diagnosticadas com TDAH frequentemente apresentam problemas emocionais como temperamento explosivo, irritabilidade, mudanças de humor e dificuldades em regular o próprio comportamento. Com isso é comum que tenham outras condições psiquiátricas e provavelmente receberão múltiplos diagnósticos.



A maior parte das crianças (87%) com diagnóstico de TDAH tem um outro distúrbio e 67% têm pelo menos dois outros distúrbios. Os resultados para adultos com TDAH são quase tão altos: 80% deles têm pelo menos um distúrbio e mais de 50% tendo dois ou mais.

Veremos agora quais são as comorbidades mais comuns no TDAH:



Transtornos de Oposição, de Conduta e Antissociais

O TOD (transtorno desafiador de oposição) é o transtorno comórbido mais comuns em jovens com TDAH e, depois em menor extensão, o transtorno de conduta (TC).



Para se ter uma ideia desta correlação, a presença de TDAH aumenta em 10x as chances de TDO / TC em estudos populacionais gerais. Já quando essas crianças são encaminhadas para tratamento constata-se que aproximadamente 60% atenderão aos critérios para o diagnóstico de TDO após 7 anos. E já que o TDO é um preditor frequente do transtorno de conduta, veremos que 20 a 50% em crianças com TDO + TDAH apresentam também TC e de 44% a 50% na adolescência. Até a idade adulta, até 26% pode continuar apresentando TC, e algo entre 12% a 21% desenvolveram transtorno de personalidade anti-social (TPAS).

O TDAH tem sido considerado um dos preditores precoces mais confiáveis desses opositores e antissociais, provavelmente devido aos problemas de baixa regulação emocional. Resumindo, TDO e o TC têm uma alta probabilidade de co-ocorrer com o TDAH, e esse risco é mediado, em grande parte, pela gravidade do TDAH e sua carga genética familiar, em parte, pela adversidade no ambiente familiar



Transtornos de uso e abuso de substâncias

O maior preditor de risco para crianças com TDAH desenvolverem transtornos por abuso e uso de substâncias ao atingir a adolescência e a idade adulta são os TC e TPAS prévia ou coexistente. Já a presença de TDAH sem essas comorbidades, parece ser um preditor apenas para uso de álcool e nicotina em adolescentes e adultos, sem grandes questões com drogas ilícitas.



Transtornos de ansiedade.

Pesquisas epidemiológicas mostram que aproximadamente 25% das crianças com TDAH apresentam um transtorno de ansiedade, enquanto a prevalência na população geral está entre 5 e 15%. A ansiedade apresentada por crianças com TDAH apresenta características específicas. Elas expressam uma preocupação excessiva pelo fracasso e antecipações ansiosas dos eventos futuros. São crianças que precisam ser tranquilizadas, são mais temerosas e frequentemente sofrem de distúrbios somáticos, como dores de cabeça e desconfortos abdominais. As crianças com TDAH com comorbidade ansiosa tem menor autoestima e pior desempenho escolar e social.





Transtornos Afetivos

A comorbidade de TDAH com transtornos afetivos ou de humor, como depressão maior ou distímia, é bastante substancial, existindo em 20 a 30% . Já a comorbidade com transtorno bipolar é alvo de muita controvérsia. Alguns estudos de crianças com TDAH indicam que 10% a 20% podem ter transtorno bipolar - um número substancialmente maior que o risco de 2% para a população geral. Já outros estudos de seguimento com crianças hiperativas não mostram o aumento significativo. Isso mostra a dificuldade de se firmar um diagnóstico diferencial, já que existe uma grande similaridade de sintomas, como hiperatividade, distração, falta de discernimento.



Transtorno do espectro autista

Alguns estudos apontam para uma maior frequência de TDAH em crianças com diagnóstico de TEA, mas essa comorbidade ainda não é completamente confirmada.



Transtorno de tiques e síndrome de Gilles de La Tourette.

50 a 83% das crianças com Gilles de la Tourette apresentam TDAH, assim como cerca de 50% das crianças com TDAH terãotiques transitórios ou crônicos ou um histórico familiar de tiques. Estima-se que a presença de um Gilles de la Tourette seja oito vezes mais frequente em crianças com TDAH.



Transtornos da aprendizagem

Embora o fracasso escolar seja muito comum em crianças com TDAH, sempre esteve relacionado a distúrbios comportamentais e / ou déficit de atenção. No entanto, hoje sabemos que nessas crianças existe uma alta comorbidade do que tem sido chamado de distúrbios específicos do desenvolvimento. Ou seja, distúrbios de leitura e escrita (dislexia), distúrbios de cálculo e distúrbios da expressão escrita.



12. Tratamento

Principais abordagens de tratamento empregadas com TDAH que têm alguma eficácia cientificamente estabelecida:

- Tratamento farmacológico
- Treinamento dos pais
- Implementação do professor dessas e de outras táticas de gerenciamento do comportamento infantil;
- Combinações dessas abordagens em um programa de terapia multimodal.

Tratamento farmacológico



O tratamento farmacológico é considerado a primeira linha de tratamento para o TDAH. A medicação não cura o TDAH; mas quando eficaz, atenua os sintomas do TDAH durante o tempo em que está ativo. Os resultados sobre o uso de medicamentos variam. Para alguns, os benefícios são extraordinários; para outros, a medicação é bastante útil; e para outros ainda, os resultados são modestos.

Os 3 grupos de medicamentos mais comumente usados para o tratamento dos sintomas do TDAH são os estimulantes, a atomoxetina (que é não estimulante e não existe no Brasil) e os anti-hipertensivos (guanfacina e clonidina). Até recentemente, não estava claro como esses medicamentos afetam a função cerebral e, particularmente, seus locais e modos de ação neuroquímicos. Agora parece que os principais efeitos terapêuticos dos fármacos são alcançados por seu impacto em pelo menos três neurotransmissores, a dopamina, noradrenalina, e adrenalina, importantes para o funcionamento da região estriato-frontal relacionados à inibição comportamental, a função executiva e auto-regulação.



Os estimulantes são de longe os mais utilizados e mais eficazes em termos de grau de melhora dos sintomas de TDAH e sobre eles falarei primeiramente.





Medicação estimulante

O uso dos estimulantes em TDAH foi uma descoberta acidental, feita em 1937, e cujo benefícios se comprovaram ao longo dos anos de uso e de estudos conduzidos, indicando um claro benefício nos sintomas alvo do distúrbio, na redução de riscos, nas comorbidades e no desempenho acadêmico quando usado a longo prazo.

As pesquisas mostram que os estimulantes são bastante eficazes para o tratamento dos sintomas de TDAH na maioria das crianças com mais de 5 anos de idade, mas são estudados desde os 3 anos, com bons resultados também.

Os estimulantes mais prescritos são o metilfenidato (Ritalina e Concerta) e as anfetaminas (no Brasil, a dislexanfetamina, com nome comercial de Venvanse). Ambos são estimulantes de ação rápida.

A anfetamina é um medicamento mais potente do que o metilfenidato e, portanto, produz mais melhora nos sintomas de TDAH (e provavelmente mais efeitos colaterais) do que o metilfenidato em doses equivalentes. Nas formulações de liberação imediata (no Brasil representada como a Ritalina "comum" de 10 mg), os efeitos sobre o comportamento se mostram dentro de 20 a 40 minutos após a ingestão oral e atingem um pico em seus efeitos comportamentais dentro de 2 a 4 horas, portanto tendo que ser administrados de 2 até 4x ao dia, o que tornava mais difícil a aderência ao tratamento, em especial no caso das crianças.

Um desenvolvimento importante para o tratamento do TDAH foi o desenvolvimento de formas eficazes de liberação prolongada de ambos os medicamentos, que através de novos sistemas de administração mantém os níveis sanguíneos do medicamento por períodos mais longos, de modo a reduzir a dose para uma vez por dia, sempre que possível.



Versões de duração intermediária de metilfenidato comercializadas no Brasil são:

Ritalina LA - nas apresentações de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg, que têm efeitos terapêuticos por 6 a 8 horas, que utiliza uma tecnologia de pastilha de liberação de tempo, que libera metade da medicação após a tomada e a outra metade após 4 horas. Esse mecanismo apresenta a desvantagem de apresentar um pico de ação após a tomada, uma queda temporária na eficácia após aprox 4 horas, seguida por outro pico de ação.

Concerta - nas apresentações de 18 mg, 36 mg e 54 mg, que tem efeitos terapêuticos por 10 a 12 horas, utiliza uma tecnologia chamada de OROS que libera a medicação aos poucos ao longo do dia, que produz efeitos mais duradouros sem oscilações na eficácia.



A única anfetamina presente no Brasil é a lisdexanfetamina e foi lançada em 2011, com o nome comercial de Venvanse.

A **lisdexanfetamina** é considerada uma pró-droga pois é desprovida de ações farmacológicas iniciais. Sua ação acontece somente após um processo de hidrólise realizado no intestino e na corrente sanguínea. Desta forma, seu início da ação aproximadamente 2 horas da ingestão. Isso impede o uso desta anfetamina como droga de abuso, pois sabe-se que nesses casos, o indivíduo busca o efeito imediato com altos picos de ação, o que não é possível com a lisdexanfetamina.



- Os efeitos colaterais incluem: dor no abdômen superior, redução do apetite, insônia, cefaleia, perda de peso e boca seca, e tendem a desaparecer com uso da medicação.
- O Venvanse é comercializado nas apresentações de 30 mg, 50 mg e 70 mg, que tem uma duração intermediária de 10 a 12 horas. A dose máxima recomendada de 70 mg uma vez ao dia, pela manhã, As cápsulas podem ser tomadas inteiras ou podem ser abertas e ter o seu conteúdo dissolvido num copo d'água, o que facilita para as crianças que não engolem comprimidos.

Uma das decisões clínicas no tratamento do TDAH é a necessidade de se administrar o medicamento apenas nos dias de aula ou trabalho, ou se mantemos continuamente. Anteriormente havia uma tendência a prescrever a medicação predominantemente nos dias letivos, mas recentemente há tendência clínica crescente em relação ao uso ao longo da semana, bem como nas férias escolares, particularmente para crianças com TDAH e problemas de conduta com moderação a severidade. A anterior recomendação de interrupção nos fins de semana e férias escolares era devido principalmente a preocupação com a possível diminuição do crescimento em crianças, que hoje se mostram menos sérios quanto se acreditava. E o tratamento, sete dias por semana, ajuda a reduzir riscos e melhorar as deficiências em várias atividades importantes da vida que ocorrem fora da escola.

As melhorias comportamentais produzidas pelos estimulantes são:

- atenção sustentada
- controle dos impulsos
- redução da atividade irrelevante da tarefa, especialmente em ambientes que exigem restrição de comportamento.

O comportamento geralmente barulhento e perturbador também diminui com a medicação. As crianças com TDAH podem tornar-se mais complacentes com os comandos dos pais e dos professores, são mais capazes de sustentar um comportamento cooperativo em relação a outras pessoas. A pesquisa também sugere que as crianças com TDAH são capazes de perceber a medicação como benéfica para a redução dos sintomas de TDAH e até descrevem melhorias em sua auto-estima.



O comportamento geralmente barulhento e perturbador também diminui com a medicação. As crianças com TDAH podem tornar-se mais complacentes com os comandos dos pais e dos professores, são mais capazes de sustentar um comportamento cooperativo em relação a outras pessoas. A pesquisa também sugere que as crianças com TDAH são capazes de perceber a medicação como benéfica para a redução dos sintomas de TDAH e até descrevem melhorias em sua auto-estima.

Melhorias em outros domínios de comportamento em crianças com TDAH também foram demonstradas. Comportamentos agressivos são frequentemente reduzidos pelo tratamento estimulante de crianças com TDAH que demonstram níveis anormalmente altos de agressividade pré-tratamento. A qualidade da caligrafia das crianças também pode melhorar com a medicação.

A produtividade acadêmica e a precisão da conclusão do trabalho também aumentam, em alguns casos, drasticamente, em função da medicação. Em geral, o comportamento da sala de aula é significativamente aprimorado, assim como a produtividade do trabalho. as taxas de resposta aos estimulantes variam entre os estudos, mas a média de resposta é:

● 70% -82% das crianças mostram uma resposta clinicamente benéfica a qualquer estimulante isolado, na 1a tentativa.

● Quando há uma tentativa de um segundo estimulante, a taxa de resposta positiva pode se aproximar de 90%.



Infelizmente, não há como prever com antecedência quais crianças responderão a qual estimulante. Da mesma forma, não há base para prever qual dose será melhor. A maioria das crianças e adolescentes apresenta melhora máxima em doses baixas a moderadas de estimulantes, mas outras são melhoradas em doses mais altas. Além dessa variabilidade de doses, há uma variabilidade considerável nos domínios que respondem à medicação. Por exemplo, algumas crianças podem melhorar em um domínio (por exemplo, comportamento) quando tratadas com estimulantes, mas não mostram mudanças ou até mesmo pioram em outros domínios (por exemplo, desempenho acadêmico). Por esse motivo, o tratamento com medicamentos estimulantes deve ser avaliado caso a caso.

Os efeitos colaterais mais freqüentes dos estimulantes são insônia leve e redução do apetite, particularmente na refeição do meio-dia, e relatos subjetivos de dor de estômago, dor de cabeça e tontura ou tremor.

Esses efeitos colaterais subjetivos tendem a se dissipar algumas semanas após o início da medicação ou podem ser gerenciados através da redução da dose.

A supressão temporária do crescimento (reconhecido como menor ganho de peso ou altura do que em crianças não medicadas) pode acompanhar o tratamento estimulante, mas geralmente não é grave e é transitória, sem evidências de diferenças de crescimento no final da adolescência ou no início da idade adulta.

Algumas crianças ficam irritadas e sensíveis no final da tarde, quando seus medicamentos podem estar acabando. Isso também pode ser acompanhado por um aumento na hiperatividade. Esse aparente fenômeno de "rebote" parece ser raro e pode ser controlado pelo ajuste de doses e programações de doses. Aproximadamente 1% a 2% das crianças com TDAH tratadas com estimulantes, podem apresentar tiques motores ou vocais, o que está dentro da prevalência de tiques na população normal. Em outros onde os tiques já existem, pode haver uma leve exacerbação.



Para evitar possíveis efeitos colaterais, é recomendável se iniciar com doses mais baixas e ir titulando aos poucos até encontrar a dose mais apropriada. em geral devemos procurar pela dose mais baixa possível que produza melhora clínica satisfatória. os medicamentos estimulantes são o tratamento mais estudado e mais eficaz para o tratamento sintomático do TDAH e suas conseqüências secundárias. por isso, para muitas crianças com níveis moderados a graves de TDAH, este deve ser o primeiro tratamento empregado. E para alguns, onde existem pouco ou nenhum distúrbio comórbido significativo, pode ser o único tratamento necessário. De fato, parece as crianças responsivas a estimulantes com TDAH não necessitam de outras formas de tratamentos psicossociais, como treinamento dos pais, treinamento de habilidades sociais, psicoterapia ou tutoria acadêmica.



Parece haver um consenso de que o tratamento estimulante nem sempre é eficaz (ou seja, 20% a 30% dos casos não respondem) e talvez nem sempre seja necessário (já que em alguns casos, o tratamento psicossocial é suficiente) e em outros casos nem sempre é suficiente (ou seja, muitas crianças melhoram com estimulantes, mas não se recuperam totalmente).

Eficácia, segurança e praticidade da medicação estimulante

O aumento no número de prescrições de medicação estimulante é apoiado por numerosos estudos que documentam a eficácia e a segurança desses medicamentos. Em doses terapêuticas, os estimulantes produzem poucos efeitos colaterais negativos. As conseqüências negativas a longo prazo não são evidentes na literatura de pesquisa, mesmo quando se trata de preocupações sobre uma predisposição de crianças tratadas com estimulantes a desenvolverem posterior distúrbio ao uso de substâncias. Vários estudos mostram justamente o contrário.



Considerações especiais com adolescentes

Embora haja muito menos pesquisas sobre tratamento estimulante para adolescentes do que em crianças, dados mostram que essas medicações têm eficácia semelhante da infância à adolescência. No entanto, deve-se tomar cuidado ao prescrever estimulantes a adolescentes pelo risco de abuso de estimulantes ou levar a interações entre estimulantes terapêuticos e drogas recreativas,

Atomoxetina

Apesar de não ser comercializada no Brasil, vale a pena falar brevemente sobre a atomoxetina, primeiramente porque ela tem um papel importante no tto farmacológico do TDAH e segundo porque sempre há promessas de em breve ela será disponibilizada em nosso país.

A atomoxetina é para uso em crianças com TDAH com seis anos de idade ou mais e em adolescentes e adultos com TDAH. Isso o torna o primeiro medicamento aprovado para uso na fase adulta do distúrbio e o único novo medicamento para o TDAH em mais de 25 anos .

A droga é um inibidor altamente seletivo da recaptação de norepinefrina com ação mínima ou nenhuma em outros locais de neurotransmissores. portanto a atomoxetina não é um estimulante, pois não é um agonista da dopamina.

Não possui potencial de abuso, portanto não é uma medicação de receituário tão controlado quanto os estimulantes. isso a torna uma alternativa atraente para famílias de crianças com TDAH preocupadas com o uso de medicamentos por seus filhos.

Medicamentos antihipertensivos

Dois medicamentos originalmente comercializados para o tratamento da hipertensão - clonidina e guanfacina - são usados no tratamento do TDAH. Esses medicamentos têm sido utilizados principalmente como um medicamento alternativo ou adjuvante a estimulantes como o metilfenidato. apesar de seguras, a clonidina apresenta muitos efeitos colaterais e necessita de um monitoramento da função cardíaca e da glicemia a cada semestre. Para resumir, em comparação com todos os outros medicamentos descritos anteriormente, a relação risco-benefício da clonidina não é das melhores. A guanfacina é melhor, mas não é disponível no Brasil.



Antidepressivos

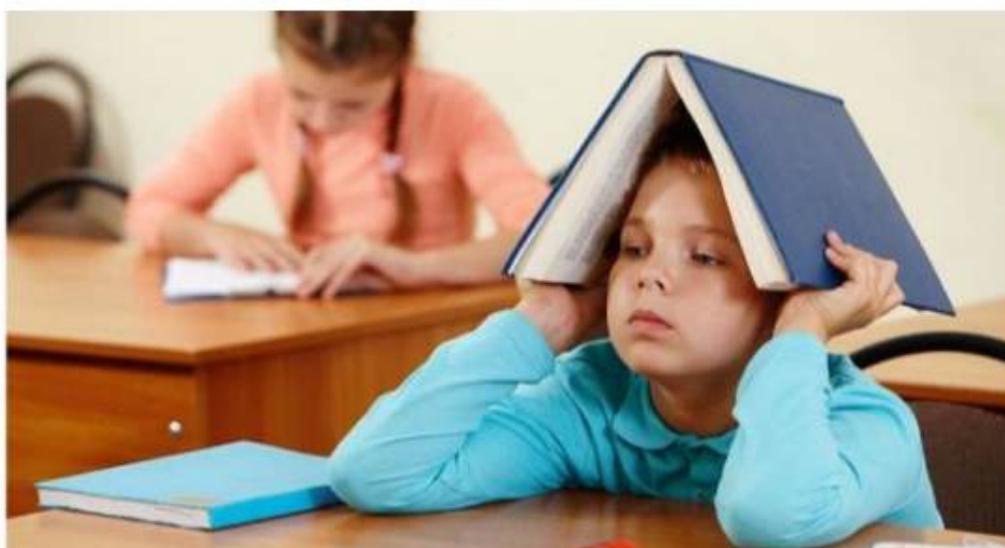
Os antidepressivos que têm um efeito na noradrenalina parecem ter um efeito positivo sobre os sintomas centrais do TDAH. Como nenhum antidepressivo foi aprovado pelo FDA para o tratamento do TDAH em crianças, adolescentes ou adultos; esse tratamento é considerado off-label.

Intervenções Comportamentais

As intervenções comportamentais foram inicialmente empregadas com crianças com TDAH, em grande parte, por seu sucesso com crianças com deficiências intelectuais e outras populações com desenvolvimento deficiente (por exemplo, autismo). A teoria mais recente do TDAH como um problema na inibição da resposta e auto-regulação, com conseqüências diretas na auto-motivação dos afetados, justifica o uso de intervenções comportamentais com TDAH. Elas devem ser empregadas de forma prolongada e nos vários ambientes que a criança ou adolescente interagem.

Treinamento Direto da Atenção na Clínica

Alguns neuropsicólogos têm explorado o treinamento direto da atenção para crianças com TDAH, mas os estudos realizados até o momento envolveram amostras muito pequenas de crianças com TDAH, e apesar de alguns resultados positivos no treino da atenção não mostrou melhorias significativas no desempenho acadêmico e no comportamento em casa ou na escola.



Treinamento de pais

Existe uma infinidade de pesquisas sobre o treinamento dos pais na modificação do comportamento infantil, conduzida principalmente com crianças que têm problemas de comportamento ou perturbadores. Estudos mais recentes mostraram que os programas de treinamento comportamental dos pais são eficazes para essas crianças, independentemente de terem ou não dificuldades de atenção ou hiperatividade. entretanto há algumas ressalvas, como a curta duração dos estudos, o fato dos programas de treinamento produzirem maiores efeitos no comportamento desafiador ou de oposição e efeitos menores, às vezes não significativos, nos sintomas do TDAH. Além disso, a alta contribuição genética do TDAH interfere no treinamento de pais que tem também o próprio TDAH. As outras formas de desajuste psicológico dos pais - como depressão materna, personalidade antissocial e uso de drogas, estresse nos pais ou sofrimento conjugal - também existem com maior frequência entre pais de crianças com TDAH e isso pode limitar o sucesso do treinamento.



De forma geral, as técnicas de tratamento usadas até o momento consistem principalmente em treinar os pais em táticas de contingência, como a aplicação de reforço ou punição seguindo comportamentos apropriados / inapropriados.

Os procedimentos de reforço normalmente dependem de elogios e privilégios, enquanto os métodos de punição costumam ser a perda de atenção positiva, privilégios ou pontos. Existem vários protocolos de treinamento parental e os métodos básicos ensinados nesses programas são bastante semelhantes. Extrapola o objetivo deste curso o detalhamento de tais program



Treinamento de professores em gerenciamento de comportamento em sala de aula

A literatura existente sugere que intervenções deste tipo podem ser eficazes para melhorar os problemas comportamentais e o desempenho acadêmico em crianças. um dos procedimentos mais promissores é o controle de estímulos em crianças com TDAH, que reduz o tamanho da tarefa, "dividindo" as tarefas em unidades menores para caber mais no tempo de atenção da criança. Além disso, o uso de mais estímulo dentro da tarefa (por exemplo, cor, forma, textura) pode aumentar a atenção às tarefas. Os estilos de ensino podem desempenhar um papel importante no desempenho das crianças: professores mais vibrantes e entusiasmados, que se movimentam mais, envolvem as crianças e permitem uma maior participação na atividade e podem aumentar a atenção sustentada à tarefa em questão. Estudos mostraram que permitir que crianças com TDAH se movam ou participem motoramente enquanto aprendem uma tarefa pode melhorar a atenção e o desempenho.



De forma resumida, as conclusões da literatura indicam:

- Métodos de gerenciamento de comportamento podem mostrar melhoria imediata, significativa no comportamento, produtividade e precisão das crianças com TDAH na sala de aula.
- Reforçadores secundários são mais eficazes na redução do comportamento perturbador e no aumento do desempenho do que a atenção ou outros reforçadores sociais.
- O uso de programas de reforço positivo por si só não parece resultar em tanta melhoria nem mantém essa melhoria ao longo do tempo, o mesmo se observa em combinação de sistemas de reforço associados à punição.



Terapia cognitiva comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) já foi tida anteriormente como promissora para crianças com TDAH, mas atualmente sua eficácia para crianças impulsivas ou desatentas tem sido repetidamente questionada pelos resultados decepcionantes. Um estudo de grande escala e bem controlado sobre TCC conduzido em escolas públicas americanas não encontrou nenhum efeito em crianças com TDAH.

Treinamento de habilidades sociais

Os problemas de interação social de crianças com TDAH são bastante heterogêneos e provavelmente não respondem a um pacote de tratamento que foca apenas em estratégias de abordagem social e que trata todas as crianças com TDAH como se compartilhassem problemas comuns em suas dificuldades de relacionamento com colegas. Também não é especialmente claro qual é a fonte real dessas dificuldades entre os pares, com exceção daqueles que tem comportamento agressivo.

Resultados de estudos não encontraram benefícios significativos para a maioria das crianças com TDAH. O subtipo desatento pode melhorar em suas habilidades de afirmação após o tratamento, mas não em outras medidas de interação social. Além disso, algumas evidências mostram que o risco de reforço de comportamento agressivo e antissocial entre as crianças do grupo, de tal forma que as crianças aumentam seus níveis de comportamento agressivo como resultado da participação do grupo.

Neste momento, o treinamento de habilidades sociais para crianças com TDAH pode ser classificado como uma estratégia inconsistente, podendo gerar um algum risco de acelerar o comportamento antissocial, ou o treinamento de desvio, envolvido no treinamento de habilidades sociais quando os jovens delinquentes são colocados juntos em grupos.



Intervenções Combinadas

O tratamento ideal do TDAH provavelmente inclui uma combinação de medicação e abordagens comportamentais para a eficácia máxima. No entanto, não se sabe se os tratamentos combinados realmente são superiores ao uso exclusivo medicação, especialmente devido ao custo alto das intervenções psicossociais. Vários estudos também encontraram resultados impressionantes para os métodos de gerenciamento de comportamento em sala de aula, mas descobriram que a adição de medicação melhorou em muito os resultados. Associado a isso, apenas uma minoria de crianças (10% -25%) não responde positivamente aos medicamentos, tornando as intervenções comportamentais uma das poucas alternativas cientificamente comprovadas para esses casos.



Quando existe uma vantagem para as intervenções comportamentais, parece estar relacionado ao funcionamento e não ao alívio dos sintomas, como o aumento confiável das taxas de produtividade e precisão acadêmica.

Terapias ineficazes ou não comprovadas

Inúmeros tratamentos questionáveis foram tentados com crianças com TDAH ao longo das últimas décadas. O neurofeedback mostra resultados impressionantes em estudos de baixo rigor científico, mas quanto mais rigorosos forem os métodos do estudo, menores e menos prováveis são esses resultados. O treinamento em memória de trabalho é ainda menos convincente.

Muitos tratamentos dietéticos, como a remoção de aditivos, corantes ou açúcar da dieta, ou a adição de altas doses de vitaminas, minerais ou outros suplementos alimentares à dieta, provaram ser muito populares, mas não evidências científicas de sua eficácia.



Conclusão sobre o tratamento

Visto agora como um distúrbio crônico para a maioria das crianças, o TDAH requer tratamentos que devem ser combinados e mantidos a longo prazo, para ter um impacto na qualidade de vida e no desenvolvimento dessas crianças e jovens.

Os tratamentos parecem ter sucesso ao reduzir temporariamente ou normalizar os sintomas, de modo a reduzir os inúmeros danos secundários associados ao TDAH não tratado.

A maioria dos casos requer uma combinação dos tratamentos mais eficazes, a fim reduzir o transtorno e suas condições comórbidas. Entre as crianças que já respondem aos estimulantes parece não haver necessidade tratamentos psicossociais associados.

13. TDAH em adultos



Introdução

Como já foi dito longo do curso, historicamente, acreditava-se que o TDAH fosse uma condição infantil que levava a um atraso no desenvolvimento do controle de impulsos, que seria geralmente superado na adolescência. Nas últimas décadas, houve a identificação de uma quantidade muito maior de adultos diagnosticados com TDAH e tratados com sucesso. Estudos genéticos, imagens cerebrais e estudos neurocognitivos e farmacológicos realizados com adultos com TDAH replicaram descobertas que foram demonstradas em crianças com o transtorno. Na última década, o aumento na realização de estudos sobre tratamentos levaram a uma aceitação generalizada da necessidade de diagnosticar e tratar adultos com o TDAH.

Epidemiologia

As evidências indicam que há uma prevalência de aproximadamente 2,5 a 4% de TDAH na população adulta. Diante da ausência de informações disponíveis de escolas e profissionais da saúde mental, em geral o TDAH nessa população ainda é diagnosticado por autorrelatos. Essa é uma limitação que dificulta muito fazer um diagnóstico preciso.

Diagnóstico e características clínicas

A tríade sintomática característica do TDAH infantil - desatenção, impulsividade e hiperatividade - também está presente no quadro clínico de adultos, mas em geral não tem uma expressão tão evidente como na infância.

A manifestação desses sintomas ocorre de forma diferente daquela observada na criança, já que há um ganho de autonomia e uma mudança no perfil de tarefas e cobranças na vida adulta. Além disso, muitos adultos com TDAH desenvolvem estratégias compensatórias para controlar ou contornar os sintomas ou o prejuízo que estes provocam, especialmente se tiverem alto QI, alto nível socioeconômico ou outros fatores de resiliência.



Há um predomínio dos sintomas de desatenção em relação aos de hiperatividade em adultos. Para alguns adultos, a desatenção e dificuldade de se manter focado aparece em vários ambientes, até mesmo em tarefas estimulantes e prazerosas. Já em outros adultos essa "desatenção" está mais relacionada ao prejuízo das funções executivas no TDAH. Esses apresentam dificuldades em terminar atividades no prazo, em tomar decisões, frequentemente chegam atrasados aos compromissos e se esquecem de cumprir tarefas planejadas, como pagar contas. Isso pode fazer com que sejam julgados por seu entorno como preguiçosos, desinteressados e desorganizados.



Essa percepção leva muitos pacientes a entenderem seus sintomas como parte de sua personalidade, diminuindo a busca pela avaliação diagnóstica.

A hiperatividade no adulto geralmente se manifesta por uma sensação de inquietação ou dificuldade em permanecer tranquilo, o que pode resultar em queixas de insônia inicial e de dificuldade em permanecer sentado por longos períodos de tempo. Pode haver também movimentação excessiva das mãos e das pernas, ou ficar manipulando ou tamborilando algum objeto com as mãos. Os adultos com TDAH costumam ser percebidos como se estivessem "a todo vapor", fazendo várias atividades ao mesmo tempo. A expressão da impulsividade no adulto manifesta-se pela busca incessante por estímulos prazerosos e pela frequente troca de projetos e objetivos. Assim, pode ocorrer episódios de gastos excessivos, troca incessante de empregos, término abruptos e recorrentes de relacionamentos, dificuldades em terminar o curso universitário, etc.

Outra expressão comum da impulsividade em adultos é na fala. Os pacientes são percebidos como excessivamente falantes ou como pessoas que falam fora de hora, sem perceber se os outros estão ocupados. É importante ressaltar que, além dos sintomas nucleares, adultos com TDAH também apresentam instabilidade de humor, dificuldade em lidar com frustrações e explosões de agressividade.

Essas características são comuns e podem resultar em prejuízos consideráveis em suas relações sociais. Devido ao comprometimento em múltiplas esferas de suas vidas, adultos com TDAH tendem a apresentar baixa autoestima crônica e frequentemente desenvolvem quadros depressivos e ansiosos. Aqui associa-se o uso de álcool e outras drogas para aliviar os sintomas e a angústia. O uso de substâncias também se relaciona ao comportamento impulsivo.





Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de TDAH é bastante provável nas situações em que os sintomas de desatenção e de impulsividade forem descritos por pessoas adultas como um problema que tiveram a vida toda, e não como eventos episódicos. A sobreposição de TDAH e hipomania, transtorno bipolar tipo II e ciclotimia é um tema controverso e difícil de separar retrospectivamente. Histórias claras de episódios discretos de hipomania e mania, com ou sem períodos de depressão, sugerem a presença de transtornos do humor, e não um quadro clínico de TDAH. Entretanto, em alguns, o TDAH pode ser anterior ao surgimento de algum transtorno do humor. Nessa circunstância, TDAH e transtorno bipolar podem ser diagnosticados comorbidamente. Adultos com história precoce de dificuldades escolares crônicas relacionadas a nível de atenção, nível de atividade e comportamento impulsivo costumam ser diagnosticados com TDAH, mesmo quando um transtorno do humor ocorrer mais tarde na vida. Os transtornos de ansiedade podem coexistir com TDAH, sendo mais fácil distingui-los de TDAH do que a hipomania.

Curso e prognóstico

A prevalência de TDAH diminui ao longo do tempo, embora pelo menos metade das crianças e dos adolescentes possam vir a tê-lo na vida adulta. Da mesma forma como ocorre com as crianças, adultos com TDAH apresentam taxas mais elevadas de transtornos da aprendizagem, de ansiedade, transtornos do humor e de uso de substância do que a população em geral.

Tratamento

O tratamento de TDAH em adultos tem como foco a farmacoterapia, principalmente os estimulantes de ação prolongada semelhantes àqueles utilizados em crianças e adolescentes. No caso de pacientes adultos, apenas os estimulantes de ação prolongada foram aprovados pela FDA para tratamento do TDAH.

Os sinais de respostas positivas são capacidade de concentração, impulsividade reduzida e melhora no estado do humor. É provável que esses adultos tenham que usar a medicação indefinidamente. Os médicos devem aplicar formas padronizadas para monitorar as respostas aos medicamentos e o nível de complacência dos pacientes.





Obrigado!



Esse conteúdo foi produzido pela Dra. Júnea Chiari em parceria com o Espaço da Mente. Reprodução e Venda proibida. Todos os direitos reservados.