

*Takeda*



**TDAH**  
*ao longo da vida*



**Prof. Dr. Eugênio Horacio Grevet**

CRM-RS 19673

Médico psiquiatra, professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, chefe do Serviço de Psiquiatria e coordenador do Ambulatório de Déficit de Atenção em Adultos do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

# ÍNDICE

Saiba mais sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade:

1

## ENTENDENDO AS CAUSAS

06

- Predisposições do TDAH
- Natureza do TDAH
- Causas do TDAH

2

## SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

16

- O TDAH na infância
- O TDAH na fase adulta
- Impulsividade
- Critérios diagnósticos
- Exames diagnósticos

3

## O TDAH E SEU TRATAMENTO

26

- Medidas comportamentais
- Psicoeducação
- Técnicas psicoterápicas
- Permanência com a medicação
- Charles Bradley e a benzedrina

4

## VIVENDO COM O TDAH

32

- O TDAH ao longo da vida
- O TDAH e outros transtornos

5

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

38

## CONHEÇA NOSSOS PERSONAGENS

# PESSOAS DIFERENTES PODEM TER MUITO EM COMUM.



**JÚLIO, 3 ANOS**

Não para de correr enquanto está acordado e sua mãe está exausta porque não sabe o que fazer para acalmá-lo.



**MÁRIO, 8 ANOS**

Seus pais foram chamados pela direção da escola. Suas professoras gostam muito dele, mas dizem que está sempre sonhando durante as aulas.



**CARMEN, 14 ANOS**

Ela está se preparando para o vestibular, mas não consegue manter a concentração nos estudos por mais de 20 minutos.

## LUCIANA, 29 ANOS

---

Nos últimos anos, desenvolveu uma forte compulsão por doces; recentemente, distraiu-se olhando o celular enquanto dirigia e sofreu um acidente grave.



## PEDRO, 40 ANOS

---

Tem sérios problemas conjugais porque não consegue dar atenção para suas obrigações domésticas.



## FRANCISCO, 50 ANOS

---

Sente-se frustrado porque nunca conseguiu desenvolver todo o seu potencial e tem problemas frequentes no relacionamento com a esposa.



## JOAQUIM, 59 ANOS

---

Tem um ritmo alucinante de trabalho, fuma, é obeso e sedentário. Deu entrada no hospital com fortes dores no peito.



## 1. ENTENDENDO AS CAUSAS

### O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE AFETA:



**5%**

DAS CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES<sup>1</sup>



**3%**

DOS ADULTOS<sup>1</sup>

**DA MESMA FORMA QUE OCORRE COM OUTRAS DOENÇAS SILENCIOSAS, COMO A HIPERTENSÃO OU O DIABETES, SINTOMAS DO TDAH COMO DESATENÇÃO, HIPERATIVIDADE E IMPULSIVIDADE NÃO DOEM.**

Geralmente, são sentidos de forma indireta ou por suas consequências práticas, como, por exemplo, fracasso acadêmico, laboral e dos relacionamentos íntimos. Além disso, em razão da elevada impulsividade e da baixa capacidade reflexiva, as pessoas com TDAH podem apresentar comportamentos bastante irracionais, principalmente visando à obtenção de prazer imediato.

**AS PESSOAS COM TDAH SE TORNAM PROPENSAS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS, A SOFREREM ACIDENTES DE TRÂNSITO OU A TEREM DOENÇAS FÍSICAS DECORRENTES DA FALTA DE CUIDADO COM A SAÚDE.<sup>1</sup>**

Pessoas com TDAH também são mais propensas a apresentar outros transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e de conduta.

Infelizmente, como essas pessoas comumente procuram atendimento para tratar as consequências tardias do transtorno, **o diagnóstico do TDAH raramente é levado em conta.**

## **OS RESPONSÁVEIS?**

O desconhecimento, a desinformação e o preconceito.

Pensando nas dificuldades enfrentadas por seus portadores e seus familiares, idealizamos esta cartilha com o intuito de **prover e promover informações científicas sobre TDAH** em uma linguagem clara, direta e de fácil compreensão. Acreditamos que ela possa servir para que todos entendam melhor o que os acomete e que seja utilizada como fonte de inspiração para o enfrentamento racional do transtorno.

## PREDISPOSIÇÕES DO TDAH

- Problemas de saúde e comorbidades psiquiátricas
- Incapacidade social
- Disfunção psicológica
- Dificuldade acadêmica e funcional
- Comportamento de risco

Morte prematura

Obesidade, sobrepeso e hipertensão

Delinquência e criminalidade, tabagismo e adições

Dificuldades de aprendizagem específicas e disfunção executiva

Comportamento disruptivo, humor, ansiedade, eliminação, tiques e espectro autista

Disfunção da coordenação de movimentos, fala e linguagem

Discordâncias no casamento, separação e divórcio, problemas legais, prisões e encarceramentos

Habilidades sociais reduzidas, relações com familiares prejudicadas, relações pobres ou rejeição com pares

Ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio

Baixa qualidade de vida e baixa autoestima

Desregulação emocional e falta de motivação

Baixo desempenho, repetição de anos, necessidades educacionais especiais, expulsões de escola e abandono escolar

Redução na *performance*, desemprego e baixo *status* socioeconômico

Gravidez não planejada

Acidentes e injúrias, violações e acidentes de carro, suspensão de licenças

CRIANÇA

ADOLESCENTE

ADULTO



## NATUREZA DO TDAH



### É PRECISO ELIMINAR UM DOS GRANDES MITOS SOBRE O TDAH.

Lamentavelmente, **muitas pessoas desconhecem a existência do TDAH ou afirmam que o transtorno não existe** e que, na realidade, tudo não passa de mais uma invenção da sociedade moderna.

O transtorno, da forma que o entendemos na atualidade, foi descrito há mais de três séculos por Melchior Adam Weikard, em 1775. Além disso, o primeiro relato científico de um tratamento farmacológico efetivo e idêntico ao que utilizamos na atualidade foi feito por Charles Bradley, em 1937, o que prova que o transtorno não é uma invenção da sociedade moderna, mas, sim, um problema humano atemporal.

Como opiniões preconceituosas ou superficiais têm o poder de atemorizar as pessoas, nada melhor que o conhecimento científico para se combater o medo. Inclusive, antes de começar, é importante ressaltar que **o TDAH é um dos transtornos mais estudados na Medicina**. E no Brasil, temos uma longa tradição nesse campo.

Primeiramente, para melhor enfrentarmos as dificuldades impostas pelo transtorno e entendermos seus sintomas, **precisamos ter uma clara noção de sua natureza.**



Quando falamos em doenças ou transtornos mentais, geralmente pensamos em uma quebra do funcionamento físico ou mental normal, evidenciada pelo surgimento de sintomas dolorosos e que não são vistos em pessoas “normais”. Por exemplo, a forte dor de cabeça que caracteriza uma enxaqueca ou o aparecimento de alucinações e delírios na esquizofrenia.



**O TDAH se caracteriza por uma alteração na intensidade de como se expressam as funções normais do comportamento humano.** Ou seja, qualquer indivíduo pode ser alocado em algum ponto das diferentes dimensões cognitivas e comportamentais que constituem o TDAH. Todos nós temos um padrão específico que pode variar ao longo do tempo em termos de atenção e desatenção, quietude e inquietude ou reflexão e impulsividade.



Os indivíduos com TDAH apresentam uma capacidade de atenção abaixo do esperado (déficit de atenção) e uma expressão motora acima do esperado (hiperatividade), quando comparadas com aquelas observadas em indivíduos da mesma faixa etária e com os mesmos recursos intelectuais.

Essas alterações não devem ser determinadas por causas externas. Por exemplo, basta uma noite maldormida para sentirmos as mesmas dificuldades atencionais que uma pessoa com TDAH sofre ao longo de sua vida. Nesse sentido, as alterações na atenção e na atividade motora devem estar presentes há um longo período de tempo (crônicas) e em diferentes situações na vida do indivíduo, causando-lhe um sofrimento significativo.

**POSSUIR SINTOMAS DE TDAH NÃO SIGNIFICA, NECESSARIAMENTE, TER A DOENÇA OU DETERMINAR UM FRACASSO GARANTIDO NA VIDA. MUITAS PESSOAS COM TDAH TÊM ENORME SUCESSO ACADÊMICO, PROFISSIONAL E PESSOAL, APESAR DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS.**



**TODOS ELES POSSUEM UM PADRÃO ESPECÍFICO E QUE PODE VARIAR AO LONGO DO TEMPO.**

**Como podemos ver, não há nada de estranho na maneira como entendemos o TDAH.** Assemelha-se à maneira como são conceitualizadas patologias amplamente aceitas, como a miopia, o diabetes ou a pressão arterial, nas quais as pessoas passam a ter um problema médico a partir de um determinado grau em que os sintomas se apresentam.

## CAUSAS DO TDAH



**AINDA NÃO CONHECEMOS, EM TODA A SUA INTEGRIDADE, AS CAUSAS DO TDAH. ATÉ AGORA, O QUE SABEMOS É QUE, PARA QUE ELE SE MANIFESTE, É PRECISO UMA COMBINAÇÃO DE FATORES GENÉTICOS AMBIENTAIS.**

Esses fatores são responsáveis por alterações duradouras na estrutura e no funcionamento de áreas do córtex cerebral, responsáveis pelo controle cognitivo e comportamental.



**O TDAH É CONSIDERADO UM DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS COM MAIOR INFLUÊNCIA GENÉTICA.**

Sabe-se, por exemplo, que um indivíduo que tenha um pai com diagnóstico positivo tem oito vezes mais chances de também ter o transtorno. Além disso, gêmeos univitelinos, que compartilham 100% da carga genética, têm uma probabilidade de 70% de ambos apresentarem o TDAH.<sup>2</sup>



**ENQUANTO ISSO, É BAIXÍSSIMA A CHANCE DE ENCONTRARMOS DUAS PESSOAS AO ACASO E QUE NÃO COMPARTILHEM A MESMA CARGA GENÉTICA.<sup>2</sup>**

Ou seja, caso não sejam parentes, a chance de você e seu vizinho terem TDAH é muito baixa. Apesar disso, nenhum gene específico para o TDAH foi encontrado. Esse tipo de herança genética é chamada de poligênica.



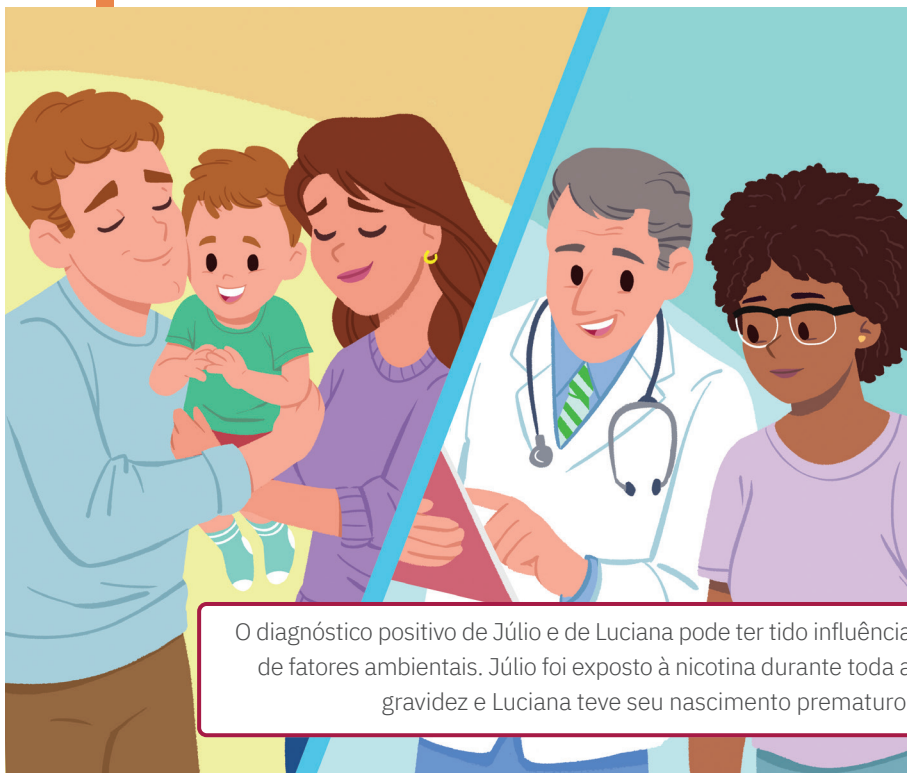
**OUTRO PONTO IMPORTANTE SÃO PESSOAS QUE VIVERAM EM AMBIENTES FAMILIARES OU SOCIAIS ESTRESSANTES.**

Elas também têm uma chance maior de terem o TDAH.



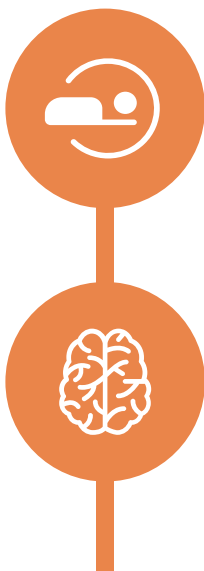
## A CARGA GENÉTICA NÃO É A ÚNICA RESPONSÁVEL PELO SURGIMENTO DO TDAH.

Também há fatores ambientais específicos associados com o surgimento do transtorno. Bebês expostos à nicotina ou ao álcool ainda no útero da mãe, que nasceram com baixo peso, prematuros ou que foram expostos a toxinas (chumbo e corantes) durante a infância são mais propensos a apresentarem desatenção e hiperatividade.



O diagnóstico positivo de Júlio e de Luciana pode ter tido influência de fatores ambientais. Júlio foi exposto à nicotina durante toda a gravidez e Luciana teve seu nascimento prematuro.

**APESAR DE OS FATORES AMBIENTAIS SEREM MENOS DETERMINANTES PARA O SURGIMENTO DO TRANSTORNO DO QUE OS FATORES GENÉTICOS, É IMPORTANTE RESSALTAR SUA RELEVÂNCIA, VISTO QUE PODEM SER EVITADOS POR MEIO DE CAMPANHAS DE PREVENÇÃO.**

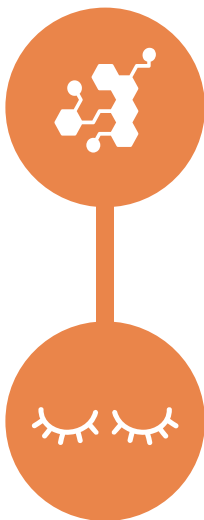


### UTILIZANDO **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.**

Com o exame, foi possível determinar algumas alterações causadas pelos fatores genéticos e ambientais na estrutura e no funcionamento cerebrais.

### **PACIENTES COM TDAH APRESENTAM UM VOLUME CEREBRAL GLOBAL LEVEMENTE MENOR DO QUE INDIVÍDUOS NÃO AFETADOS.**

Diminuição esta que é mais evidente no córtex cerebral, em regiões responsáveis pelo funcionamento cognitivo, como a área pré-frontal, e em áreas localizadas abaixo do córtex cerebral, responsáveis pelo controle inibitório dos movimentos e das emoções.



**MUITAS DESSAS ÁREAS SÃO INERVADAS POR NEURÔNIOS PRODUTORES DE DOPAMINA E DE NORADRENALINA, QUE SE ENCONTRAM DIMINUÍDOS NOS PACIENTES COM TDAH.**

Como veremos a seguir, a reposição dos níveis de dopamina é fundamental para que ocorra a normalização da funcionalidade das estruturas afetadas.

**ESSAS MESMAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS TAMBÉM NOS PERMITIRAM OBSERVAR O FUNCIONAMENTO DAS DIFERENTES REGIÕES CEREBRAIS.**

Durante a realização de testes de concentração ou em momentos de relaxamento e de olhos fechados.

Quando indivíduos **SEM TDAH** são submetidos a uma tarefa que exige concentração, ocorrem a ativação de áreas corticais responsáveis pela cognição e a execução de tarefas. De forma sincronizada, também ocorre a desativação das áreas responsáveis pelo estado de relaxamento, permitindo ao indivíduo otimizar ao máximo a utilização de suas capacidades cognitivas.

Já nos indivíduos **COM TDAH**, a ativação e a desativação das áreas de trabalho e de descanso acontecem de forma dessincronizada, ocorrendo o funcionamento concomitante do sistema de relaxamento durante a execução da tarefa, fazendo com que o indivíduo tenha pensamentos alheios à execução ou propiciando que, durante o relaxamento, ocorra a intromissão de pensamentos referentes ao trabalho.

A seguir, veremos dois importantes sintomas do TDAH: **não conseguir se envolver em tarefas que exijam esforço mental e não conseguir relaxar e ter momentos de lazer.**

## 2. SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

### A ATENÇÃO É CONSIDERADA COMO UMA FUNÇÃO MENTAL COMPLEXA.



Está relacionada com os níveis de alerta e vigiância, como também com a capacidade de selecionar, manter e modificar as estratégias necessárias para que ocorra a efetiva realização de uma tarefa.

É a **função mental** que nos permite juntar as forças para alcançarmos nossos objetivos.

**SABE-SE QUE O TDAH NÃO É SÓ UM PROBLEMA DE ATENÇÃO, MAS, SIM, UMA ALTERAÇÃO NO CONJUNTO DE FUNÇÕES COGNITIVAS QUE COMPÕEM O QUE CHAMAMOS DE FUNÇÃO EXECUTIVA.**

A **função executiva** é um conjunto de habilidades mentais que permite o estabelecimento de metas, a antecipação, o esboço de planos, a escolha do momento adequado para dar início a uma ação, o automonitoramento da ação e a regulação da ação pela seleção precisa dos comportamentos e das condutas.

A utilização harmoniosa dessas funções visa à obtenção de resultados favoráveis na resolução de problemas. Esse sistema complexo encontra-se desafinado nos pacientes com TDAH.



## OS SINTOMAS DO TDAH SÃO A PARTE OBSERVÁVEL DO DESAJUSTE DESSE SISTEMA.

PACIENTES COM DÉFICIT DE ATENÇÃO APRESENTAM DIFICULDADES IMPORTANTES EM MANTER O FOCO.

DISTRAEM-SE FACILMENTE COM COISAS IRRELEVANTES.

PARECEM NÃO OUVIR OS OUTROS.

TÊM DIFICULDADE DE REFLETIR SOBRE OS PROBLEMAS ENFRENTADOS.

TÊM DIFICULDADE DE INICIAR TAREFAS QUE REQUEIRAM ESFORÇO MENTAL CONTINUADO E SÃO ESQUECIDOS COM AS OBRIGAÇÕES.

Muitos desses impasses, resultantes da falta de atenção e de concentração, **podem ser observados por familiares**, principalmente os de motivação, de organização do tempo e de estratégia para realizar tarefas.



## o TDAH NA INFÂNCIA



Crianças com hiperatividade apresentam **dificuldades de permanecerem sentadas** em sala de aula por muito tempo e, quando obrigadas, ficam se remexendo o tempo todo.



Em suas casas, **correm sem nenhuma objetividade** e escalam objetos e mobília, muitas vezes localizados em lugares altos e perigosos. Por isso, não são incomuns os acidentes graves.



Outra característica hiperativa é a tagarelice, **falam sem parar** ou fazem ruídos com a boca sem motivação aparente.



## o TDAH NA FASE ADULTA

Adultos com TDAH podem sofrer atenuação de muitos dos sintomas de hiperatividade motora, geralmente apresentando sintomas de desatenção e prejuízo funcional. Dessa maneira, adultos com TDAH podem sedimentar um estilo de vida caótico e problemático, principalmente porque, nessa fase, o suporte familiar não é tão eficaz quanto na infância.

**NÃO É INCOMUM QUE ESSES PROBLEMAS SEJAM ATRIBUÍDOS A FALHAS MORAIS OU FALTA DE CARÁTER E ELES SOFREREM COM PROBLEMAS DE ESTIGMA, AUTOESTIMA E CONFIANÇA.**

**Adultos que ainda estudam** ou desenvolvem trabalhos com exigências cognitivas elevadas **procuram atendimento com mais frequência**, seja por seus sintomas ou pelos sentimentos desmoralizantes e de baixa autoestima crônicos.



**Os sintomas de hiperatividade podem ser tanto motores quanto verbais.** Pessoas que sofrem do transtorno são mais inquietas, tendem a permanecer menos tempo sentadas, mexem as mãos e os pés de forma errática ou apresentam movimentos corpóreos grosseiros e desajeitados. Muitos desses movimentos não apresentam uma finalidade objetiva aparente.

Porém, na idade adulta, há uma diminuição dos sintomas de hiperatividade motora. Os sintomas de hiperatividade passam a ter uma qualidade mais subjetiva, sendo sentidos como uma inquietação mental, facilmente confundida por médicos e familiares com ansiedade.

## IMPULSIVIDADE

Quando falamos em impulsividade de alguém com TDAH, estamos falando sobre a **dificuldade de inibir um comportamento em resposta a uma demanda situacional**. A dificuldade de controlar a resposta comportamental é um dos sintomas mais importantes observados no TDAH.

## OS SINTOMAS DE IMPULSIVIDADE OBSERVADOS SÃO:

- **INTROMISSÃO EM CONVERSAS DE OUTRAS PESSOAS**
- **DIFICULDADES DE ESPERAR EM FILAS**
- **VERBALIZAR UMA RESPOSTA ANTES DO FINAL DA PERGUNTA**



Contudo, sinais mais graves de impulsividade podem ser notados na dificuldade de parar ou de adiar atividades prazerosas e de realizar tarefas obrigatórias quando necessário.

**SE, NA INFÂNCIA, A IMPULSIVIDADE PODE TER COMO CONSEQUÊNCIA UMA NOTA BAIXA NA ESCOLA, NA IDADE ADULTA, A IMPULSIVIDADE PODE TER CONSEQUÊNCIAS MAIS GRAVES, COMO O USO DE SUBSTÂNCIAS OU O SEXO INSEGURO.**

A impulsividade e a consequente perda do autocontrole podem ser responsáveis por gastos desnecessários, brigas conjugais e acidentes de trânsito.

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

CONTUDO, SABER APENAS SE OS SINTOMAS ESTÃO PRESENTES NA VIDA DO INDIVÍDUO **NÃO BASTA PARA SE FAZER O DIAGNÓSTICO.**

Para se ter uma ideia do efeito que a simples contagem de sintomas causaria na prevalência do TDAH, pelo menos **25% dos adultos brasileiros aos 18 anos e 15% aos 30 anos seriam considerados pessoas com TDAH.**<sup>3,4</sup>

Para evitar que esse fenômeno ocorra, existem **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PADRONIZADOS** que sistematizam de forma racional e são utilizados como referências por psiquiatras e profissionais de saúde.

**DIFERENTEMENTE DO QUE MUITOS PENSAM, OS CRITÉRIOS NÃO SÃO INSTRUMENTOS DE ROTULAÇÃO, SÃO INSTRUMENTOS DE TRABALHO QUE PERMITEM À COMUNIDADE PSIQUIÁTRICA MUNDIAL REALIZAR DIAGNÓSTICOS PRECISOS.**

Atualmente, os critérios padronizados mais utilizados para o diagnóstico do TDAH são os da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os da Associação Americana de Psiquiatria. No Brasil, os critérios da OMS são utilizados no sistema de saúde pública e para fins oficiais, enquanto os critérios norte-americanos são usados na prática clínica e na pesquisa.

# PELO MENOS **DOIS MOTIVOS** DETERMINAM O USO DOS CRITÉRIOS AMERICANOS NA PRÁTICA CLÍNICA:

1

**Eles são os critérios mais utilizados pelos grupos de pesquisa ao redor do mundo.** Dessa forma, os clínicos que quiserem aplicar em seus pacientes os resultados dessas pesquisas deverão ter certeza de que seus pacientes possuem o mesmo perfil clínico dos indivíduos que faziam parte do estudo original.

2

**Os critérios americanos permitem diagnosticar os vários tipos de TDAH** (desatento, hiperativo e combinado), enquanto os critérios da CID-10 nos permitem diagnosticar somente pacientes com quadros que combinam simultaneamente desatenção e hiperatividade (apenas do tipo combinado). Dessa maneira, aqueles que usarem os critérios da OMS de forma estrita deixarão de diagnosticar pessoas que apresentam desatenção como problema principal. Profissionais bem treinados sabem também que não precisam usar os critérios de forma rígida, tendo a liberdade de fazerem um julgamento crítico sobre a moléstia dos pacientes.

## CRITÉRIOS AMERICANOS

Os critérios americanos, também conhecidos pela sigla DSM, listam **18 SINTOMAS DIVIDIDOS EM DOIS GRUPAMENTOS** ou dimensões sintomatológicas para se diagnosticar o TDAH:

PRIMEIRO GRUPAMENTO:

São descritos

9

sintomas de  
desatenção

SEGUNDO GRUPAMENTO:

São descritos

6

sintomas de  
hiperatividade

3

sintomas de  
impulsividade

Para ser considerado presente, cada sintoma deve ser muito frequente na vida do indivíduo e, para ser considerado um caso de TDAH, o paciente deve apresentar ao menos de cinco a seis sintomas em pelo menos uma das dimensões descritas anteriormente. Contudo, a simples contagem de sintomas não basta, eles também devem estar presentes em vários contextos ou áreas da vida.



**NÃO PODEMOS PENSAR EM TDAH QUANDO A PESSOA AFIRMA QUE TEM DIFICULDADE DE PRESTAR ATENÇÃO OU É MUITO INQUIETA EM APENAS UMA SITUAÇÃO ESPECÍFICA.**

Além disso, os sintomas devem causar um claro prejuízo no desempenho ou um sofrimento relevante ao indivíduo.<sup>5</sup>



**PARA AS CRIANÇAS ABAIXO DE 12 ANOS, OS SINTOMAS DEVEM ESTAR PRESENTES HÁ PELO MENOS SEIS MESES.**

Já para os adultos, vários dos sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.<sup>5</sup>



**APESAR DE SEU INÍCIO OCORRER GERALMENTE NA INFÂNCIA, ANTES DOS 12 ANOS DE IDADE, O TDAH PODE SER DIAGNOSTICADO EM QUALQUER ETAPA DA VIDA.**

Geralmente, isso ocorre quando a hiperatividade e a desatenção se tornam disfuncionais, afetando o desempenho acadêmico ou laboral.<sup>5</sup>



**APESAR DE O TDAH AFETAR HOMENS E MULHERES DE FORMA IGUAL, MENINOS HIPERATIVOS TÊM MAIS CHANCES DE SEREM DIAGNOSTICADOS DURANTE A INFÂNCIA.**

Enquanto mulheres predominantemente desatentas são diagnosticadas, geralmente, na adolescência ou na vida adulta.<sup>5</sup>



## EXAMES DIAGNÓSTICOS

Infelizmente, **ainda não é possível utilizar exames de ressonância** para confirmar o diagnóstico do TDAH, sendo usados apenas para pesquisas.

**O diagnóstico do TDAH é feito por meio de uma entrevista, que deve ser elaborada por um clínico com conhecimentos amplos sobre o transtorno. É realizado diretamente com a pessoa que se suspeita ter o transtorno, no caso de adolescentes e adultos, ou com seus familiares, no caso de crianças que não saibam expressar adequadamente suas dificuldades.**

A entrevista é focada no levantamento da presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, além dos prejuízos decorrentes.

Nenhum exame de sangue, neuropsicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico ou eletroencefalográfico tem a capacidade de fazer o diagnóstico do TDAH. **Porém, alguns exames podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico:**

### ● **EXAME DE QI**

Para determinar inteligência e eliminar causas específicas.

### ● **NÍVEIS DE HORMÔNIOS TIREOIDIANOS**

Para descartar hipotireoidismo, uma causa de desânimo e de desatenção, ou garantir que o tratamento seja realizado com segurança.

### ● **ELETOENCEFALOGRAMA**

Para descartar epilepsia.

### ● **ELETROCARDIOGRAMA**

Para verificar a função cardíaca antes do uso de estimulantes.

### 3. O TDAH E SEU TRATAMENTO



**PARA O TRATAMENTO DO TDAH, EMPREGAM-SE TÉCNICAS OU INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS E FARMACOLÓGICAS, SENDO A PSICOEDUCAÇÃO E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL AS MODALIDADES NÃO FARMACOLÓGICAS MAIS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DE TODAS AS IDADES.**

As técnicas não são utilizadas com o intuito de melhorar diretamente os problemas cognitivos dos pacientes, os quais não são resultantes de processos automáticos e estão fora do controle consciente do indivíduo, mas, sim, as consequências da desatenção e da hiperatividade. Logo, não é nada produtivo pedir a uma pessoa com TDAH que se esforce para prestar mais atenção, da mesma maneira que não pediríamos a uma pessoa com miopia que se esforce para enxergar melhor.



Anotar todos os compromissos e tarefas faz com que Francisco sinta mais controle da sua vida.

## MEDIDAS COMPORTAMENTAIS

Sobre as medidas comportamentais, elas visam a aumentar a capacidade de organização e podem ser extremamente efetivas, já que otimizam a utilização da capacidade inata de atenção do indivíduo. Por exemplo, muitos pacientes podem sentir novamente que estão no controle de suas vidas apenas utilizando uma agenda de forma sistemática.

As técnicas cognitivo-comportamentais podem ajudar a diminuir os sentimentos de desvalia decorrentes do fracasso e de anos vividos sem uma explicação mais convincente do que os acometia. Vários pacientes se sentem bastante aliviados quando compreendem que não são desmotivados e que apenas evitam situações de aumento de demanda, muitas vezes em virtude dos sucessivos fracassos vivenciados.

## PSICOEDUCAÇÃO

Realizada com pais, cônjuges e filhos de pessoas afetadas, a psicoeducação permite que familiares entendam o motivo de seus entes queridos agirem de maneira tão peculiar, diminuindo as possíveis “pseudoexplicações”. Não é incomum que familiares atribuam atitudes à falta de caráter, ao oportunismo ou até mesmo à falta de inteligência.

## TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS

São muito importantes no que se refere à manutenção do tratamento farmacológico a longo prazo, já que podem sensibilizar o paciente quanto às dificuldades que vai enfrentar. O medo é um fator muito importante a ser combatido, principalmente quando sabemos que os medicamentos utilizados para tratamento do TDAH têm um potencial de induzir dependência ou produzir efeitos colaterais indesejados. O tratamento farmacológico deve ser discutido antes de ser iniciado, já que a maioria dos pacientes desiste de utilizar as medicações prescritas assim que os efeitos colaterais são sentidos.

Inúmeras substâncias foram testadas para o tratamento farmacológico do TDAH. Principalmente, substâncias com propriedades calmantes. Lamentavelmente, drogas com efeito calmante se mostraram inócuas e até mesmo prejudiciais.

## PERMANÊNCIA COM A MEDICAÇÃO

Diferentemente do que se poderia pensar e também pelo medo de haver uma epidemia de uso dessas substâncias, a maioria das pessoas com TDAH não recebe nenhum tratamento, principalmente em países onde o diagnóstico ainda não é amplamente reconhecido.

Além disso, a maioria dos que recebem o diagnóstico sequer começa a medicação, **CERCA DE 45%**.



Os que recebem tratamento adequado raramente permanecem por mais do que **TRÊS MESES** com a medicação.

E apenas **15%** deles permanecem em tratamento por um período maior do que **12 MESES**.



**SETE ANOS** depois do diagnóstico, nosso grupo de pesquisa reavaliou cerca de **200 PACIENTES**.

Verificamos que apenas **12%** deles mantinham a medicação prescrita, demonstrando que o tratamento em longo prazo pode ser bastante ineficiente.<sup>6,7</sup>

# MOTIVOS QUE LEVARAM À INTERRUÇÃO:

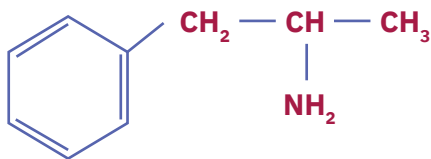
- **PRESENÇA DE EFEITOS COLATERAIS**  
Foi a causa da metade dos abandonos.
- **MEDO DE DEPENDÊNCIA**  
Foi a segunda causa, afetando mais de 30% dos casos.
- **AUSÊNCIA DE RESPOSTA, CUSTO DA MEDICAÇÃO OU POR ACHAR DESNECESSÁRIO**  
Foram respostas de aproximadamente 25% dos casos.
- **ESQUECER FREQUENTEMENTE DE TOMAR A MEDICAÇÃO, ESTIGMA E DIFICULDADES DE ENCONTRAR PROFISSIONAIS QUE SAIBAM UTILIZAR E RECEITAR A MEDICAÇÃO**  
Foi determinante para 15% dos casos.

Todos esses motivos poderiam ter sido evitados se houvesse uma abordagem psicoeducativa mais intensa. Estudos escandinavos demonstraram que pacientes tratados por longos períodos de tempo em ambulatórios especializados poderiam chegar a ter uma aderência ao tratamento de até 50% em dois anos. Isso demonstra que a psicoeducação e o tratamento com especialistas melhoram o tratamento em longo prazo.<sup>8</sup>

**EXISTEM ALTERNATIVAS EFICAZES PARA OS CASOS DE RESISTÊNCIA OU INTOLERÂNCIA AOS ESTIMULANTES, PRINCIPALMENTE COM O USO DE ANTIDEPRESSIVOS, AGENTES PROMOTORES DE VIGÍLIA.<sup>9</sup>**

Essas substâncias, apesar de terem aplicações originais diferentes, têm em comum a capacidade de aumentar a concentração de noradrenalina e de dopamina, que são semelhantes à dos estimulantes, mas, de forma mais sutil ou atenuada, são drogas que podem ter uma relevância muito importante quando os pacientes apresentam comorbidades ou transtornos relacionados com o uso de substâncias.

## CHARLES BRADLEY E A BENZEDRINA



De forma radical e surpreendente, em 1937, o psiquiatra americano Charles Bradley testou por mero acaso o estimulante benzedrina em pacientes com sintomas de hiperatividade e desatenção.

Seu intuito inicial não era tratar os sintomas do TDAH, mas a profunda dor de cabeça provocada nos pacientes por um exame radiológico chamado pneumografia.

O exame, que era uma forma rudimentar de tomografia, era usado para medir o volume cerebral ou detectar alterações morfológicas de pacientes com doenças neurológicas ou psiquiátricas. Além de ter um poder de diagnóstico limitadíssimo, o exame provocava dores de cabeça nos pacientes, que só diminuía, gradualmente, quando o líquido, como é chamado o líquido que embebe o cérebro, era restituído pelos mecanismos fisiológicos naturais. Como o processo durava dias, Bradley teve a ideia de usar um estimulante para acelerá-lo.



O resultado sobre a dor de cabeça foi um rotundo fracasso, demonstrando que as anfetaminas não conseguiam estimular a produção de líquido. **Contudo, membros de sua equipe relataram que, do ponto de vista comportamental, os pacientes que fizeram o uso de estimulantes, paradoxalmente, se acalmavam.**

**A DESCRIÇÃO DESSE EFEITO DOS ESTIMULANTES NO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE CONDUTA, HIPERATIVIDADE E DESATENÇÃO FOI PUBLICADA EM UMA IMPORTANTE REVISTA CIENTÍFICA, DANDO INÍCIO AO TRATAMENTO COM ESTIMULANTES NO TDAH.**

## PASSADOS QUASE 80 ANOS DA DESCOBERTA DA SERENDIPITIA, OS **ESTIMULANTES** SEGUEM SENDO O PRINCIPAL TRATAMENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADO PARA TDAH.

Evidências robustas, coletadas durante décadas de estudos testando o uso de estimulantes para o tratamento do TDAH em crianças, adolescentes e adultos, demonstraram a segurança e a superioridade desse tipo de medicamento sobre qualquer outra medicação.

Cerca de **80% dos pacientes** apresentam uma resposta favorável aos estimulantes, sendo seus efeitos colaterais bastante toleráveis e, quando ocorrem, tendem a diminuir com o passar do tempo.<sup>10,11</sup>

Seus efeitos terapêuticos se dão pela capacidade que essas substâncias têm de promover um aumento nas concentrações de dopamina e de noradrenalina no córtex cerebral, estimulando as áreas envolvidas nos processos de atenção e de controle motor, permitindo que o indivíduo afetado tenha uma melhora significativa em sua capacidade de atenção e reduzindo os níveis de hiperatividade e de impulsividade.

**Estudos de neuroimagem demonstraram que, após uma dose de estimulante, ocorre a normalização do funcionamento cerebral dos pacientes tratados.**



## 4. VIVENDO COM O TDAH

### O TDAH AO LONGO DA VIDA

CONSIDERADO UM TRANSTORNO DO NEURODESENVOLVIMENTO, O TDAH É UM PROBLEMA QUE SURGE NO PERÍODO DE VIDA EM QUE OCORRE A MATURAÇÃO CEREBRAL HUMANA.

FASE QUE VAI DO NASCIMENTO ATÉ  
POR VOLTA DOS 25 ANOS DE IDADE



**Nossa capacidade de prestar atenção a detalhes evolui com o amadurecimento neurológico e emocional.**

Normalmente, temos uma capacidade cognitiva menor no início da vida, que vai aumentando com o passar dos anos, e a decorrente maturação cerebral, até atingir o auge no início da vida adulta. Essa maturação neurológica progressiva nos permite dedicar tempo e atenção a assuntos cada vez mais complexos.





**Por exemplo,** a alfabetização efetiva das pessoas só é possível, em média, a partir dos seis ou sete anos, quando temos capacidade de decifrar códigos e conseguimos inibir nosso comportamento motor.



Desde os primeiros meses de vida, os pais de Júlio perceberam algo incomum com os movimentos de suas mãos.

Lamentavelmente, pacientes com TDAH apresentam um importante atraso na maturação cerebral que, para muitos, pode chegar a três ou quatro anos e que só é recuperado no final da adolescência. **Ou seja, quando uma criança com TDAH entra na escola, sua capacidade neurológica pode ser a de uma criança de três anos.**

É muito comum escutarmos dos críticos do diagnóstico do TDAH que crianças são assim, muito inquietas e sapecas. O que é verdade, mas crianças de quatro anos são muito diferentes de crianças de sete ou oito anos. **A diferença entre o observado e esperado é fundamental para chegarmos ao diagnóstico.**

# PARA OS PEQUENOS DIAGNOSTICADOS COM TDAH, O AMBIENTE ESCOLAR SE TORNA UM VERDADEIRO TESTE DE ESTRESSE PARA SEUS NEURÔNIOS.

**POR ESTAREM ATRASADOS EM RELAÇÃO AOS SEUS COLEGAS E AMIGOS DA MESMA IDADE, OS PACIENTES COM TDAH APRESENTAM COMPORTAMENTOS QUE SÃO OBSERVADOS EM CRIANÇAS MENORES.**

A evolução dos sintomas também segue um padrão peculiar de maturação cerebral e de desafios do ciclo vital e assim será em muitas etapas de sua vida, como no ensino médio, vestibular, faculdade, vida profissional e relacionamentos.



Até seus 35 anos, Pedro nunca suspeitou que tivesse TDAH, mas vários sintomas o fizeram procurar um médico.

Tudo nos leva a pensar que existem diferentes padrões cerebrais para os diferentes tipos de apresentações que o TDAH pode ter. **Nos primeiros anos da vida, os indivíduos que apresentam um grau importante de falta de controle inibitório sobre sua motricidade tendem a ser muito inquietos e hiperativos, um quadro mais observado em meninos do que em meninas.**

O segundo tipo de maturação cerebral diz respeito a um **grupo de meninas e meninos, mas principalmente de meninas, onde o controle motor se deu de forma apropriada**, mas o controle cognitivo sofreu atraso. Geralmente, essas pessoas são diagnosticadas mais tardiamente e são caladas, tímidas e sonhadoras. O diagnóstico ocorre a partir do quinto ou sexto ano do ensino fundamental, quando a carga cognitiva na escola se intensifica muito.

Provavelmente teríamos um terceiro grupo, formado por **pessoas que, apesar de terem dificuldades atencionais, são muito inteligentes** e só sentirão o problema quando estiverem tentando entrar na faculdade ou ingressarem no mercado de trabalho.

#### **Todos nós temos uma capacidade de atenção**

que pode ser superada pela demanda cognitiva. O diagnóstico só será possível pela comparação com pares da mesma idade, capacidade intelectual e demanda cognitiva — os ditos “normais”.

## O TDAH E OUTROS TRANSTORNOS

Pacientes com TDAH apresentam uma probabilidade maior de terem, ao mesmo tempo, outro transtorno psiquiátrico, as chamadas comorbidades. Um padrão é observado tanto em crianças quanto em adultos. Os transtornos começam precocemente, geralmente na infância ou na adolescência e, quando não são diagnosticados ou tratados, pioram muito o prognóstico do TDAH.

**70%** DOS INDIVÍDUOS COM TDAH APRESENTAM PELO MENOS OUTRA PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA AO LONGO DA VIDA.<sup>11</sup>

E **50%**, DUAS OU MAIS PATOLOGIAS.<sup>12</sup>

### AS COMORBIDADES MAIS COMUNS SÃO:<sup>12</sup>



TRANSTORNO DE CONDUTA



TRANSTORNO POR OPOSIÇÃO E DESAFIO



TRANSTORNOS DE ANSIEDADE



TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS



OUTROS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO  
(DISLEXIA E AUTISMO)

O gênero pode predispor a perfis diferenciados de comorbidades. As mulheres com TDAH apresentam mais transtornos do humor e de ansiedade, enquanto homens apresentam mais transtornos decorrentes do uso de substâncias.<sup>5</sup>

**QUASE 50% DOS PACIENTES COM TDAH FUMAM OU JÁ  
FIZERAM USO CRÔNICO DE TABACO,**

enquanto isso é um padrão apenas em 18% na população geral. Dessa maneira, toda pessoa com TDAH deve passar por uma avaliação obrigatória sobre a presença de outros diagnósticos psiquiátricos.<sup>12</sup>



O tratamento de comorbidades sintomáticas deve ser feito antes de iniciar o tratamento do TDAH, já que muitas das comorbidades não tratadas com as medicações específicas (por exemplo, o uso de antidepressivos em pacientes com pânico) podem piorar com o uso de estimulantes.



A suspeita de que Carmen tinha TDAH começou quando seus pais foram alertados sobre seu rendimento escolar.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, que superficialmente parece pouco grave e até sutil na sua apresentação, tem a capacidade de modificar o curso da vida de maneira determinante e, quando não tratado, pode ser inexorável.

**Quem possui o TDAH pode sofrer pela não realização de sonhos pessoais, por exigirem desempenho intelectual e organização para serem atingidos,** como ter sucesso em uma carreira profissional ou convivência íntima com outras pessoas fora do círculo familiar. Alguns podem sofrer com depressão e ansiedade que parecem não terem sentido, outros precisarão lutar contra compulsões que roubarão o melhor de seus esforços.

Além disso, posso dar testemunho do que pode melhorar com o tratamento, não somente por ter dedicado integralmente minha carreira aos estudos e pesquisas, mas também como alguém que convive e conviveu com vários familiares com TDAH.

Alguns deles, principalmente os mais velhos, nunca souberam ou suspeitaram do diagnóstico. Certamente tiveram vidas muito interessantes, mas que poderiam ter seguido cursos menos turbulentos se pudessem ter tido a oportunidade de utilizarem suas capacidades de forma organizada.

Os mais novos, que tiveram a oportunidade de ter um diagnóstico e tratamento, sempre terão que lidar com a desatenção, a impulsividade e a inquietude, efeitos colaterais das medicações, mas poderão também sonhar com mais tranquilidade.

**O OBJETIVO DESTES MATERIAIS É AJUDAR PARA QUE SONHOS SEJAM REALIZADOS, ALÉM DE DEVOLVER ESPERANÇA PARA FAMILIARES E MELHORAR RELAÇÕES PESSOAIS. ESPERO QUE POSSA AJUDAR MUITAS PESSOAS NESSE SENTIDO.**

## REFERÊNCIAS

1. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JÁ, Rohde LA, Sonuga-Barke EJS, Tannock R, Franke B. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Aug 6;1:15020.
2. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:526-33.
3. Matte B, Anselmi L, Salum GA, Kieling C, Gonçalves H, Menezes A, Grevet EH, Rohde LA. ADHD in DSM-5: a field trial in a large, representative sample of 18- to 19-year-old adults. *Psychol Med*. 2015 Jan;45(2):361-73.
4. Vitola ES, Bau CHD, Salum GA, Horta BL, Quevedo L, Barros FC, Pinheiro RT, Kieling C, Rohde LA, Grevet EH. Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort. *Psychol Med*. 2016 Nov;21:1-11.
5. Quinn PO, Madhoo M. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16(3).
6. Karam RG, Breda V, Picon FA, Rovaris DL, Victor MM, Salgado CAI, Vitola ES, Silva KL, Guimarães-da-Silva PO, Mota NR, Caye A, Belmonte-de-Abreu P, Rohde LA, Grevet EH, Bau CHD. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. *Psychol Med*. 2015;45(10):2045-56.
7. Victor MM, Grevet EH, Salgado CAI, Silva KL, Sousa NO, Karam RG, Vitola ES, Picon FA, Zeni GD, Contini V, Rohde LAP, Belmonte-de-Abreu P, Bau CHD. Reasons for pretreatment attrition and dropout from methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: the role of comorbidities. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(6):614-6.
8. Bejerot S, Rydén EM, Arlinde CM. Two-year outcome of treatment with central stimulant medication in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec;71(12):1590-7.
9. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines. Edition 4.1. Toronto, ON: CADDRA, 2020.
10. Frank E, Ozon C, Nair V, Othee K. Examining why patients with attention-deficit/hyperactivity disorder lack adherence to medication over the long term: a review and analysis. *J Clin Psychiatry*. 2015 Nov;76(11):e1459-68.
11. Weisler R, Young J, Mattingly G, Gao J, Squires L, Adler L, 304 Study Group. Long-term safety and effectiveness of lisdexamfetamine dimesylate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectr*. 2009 Oct;14(10):573-85.
12. Grevet EH, Bau CHD, Salgado CAI, Fischer AG, Kalil K, Victor MM, Garcia CR, Sousa NO, Rohde LA, Belmonte-de-Abreu P. Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Aug;256(5):311-9.



## **Takeda Distribuidora Ltda.**

Para mais informações, conte com o nosso serviço de Informações Médicas por meio do e-mail: [medinfolatam@takeda.com](mailto:medinfolatam@takeda.com) ou por meio de nossos representantes. Material destinado ao público em geral.

**Material produzido em fevereiro/2022. C-ANPROM/BR/VEN/0035. Cartilha "Ao Longo da Vida": 6507990.**

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE GRATUITAMENTE  
**SAC: 0800-7710345**  
[www.takedabrasil.com](http://www.takedabrasil.com)



**NEUROCIÊNCIAS**

