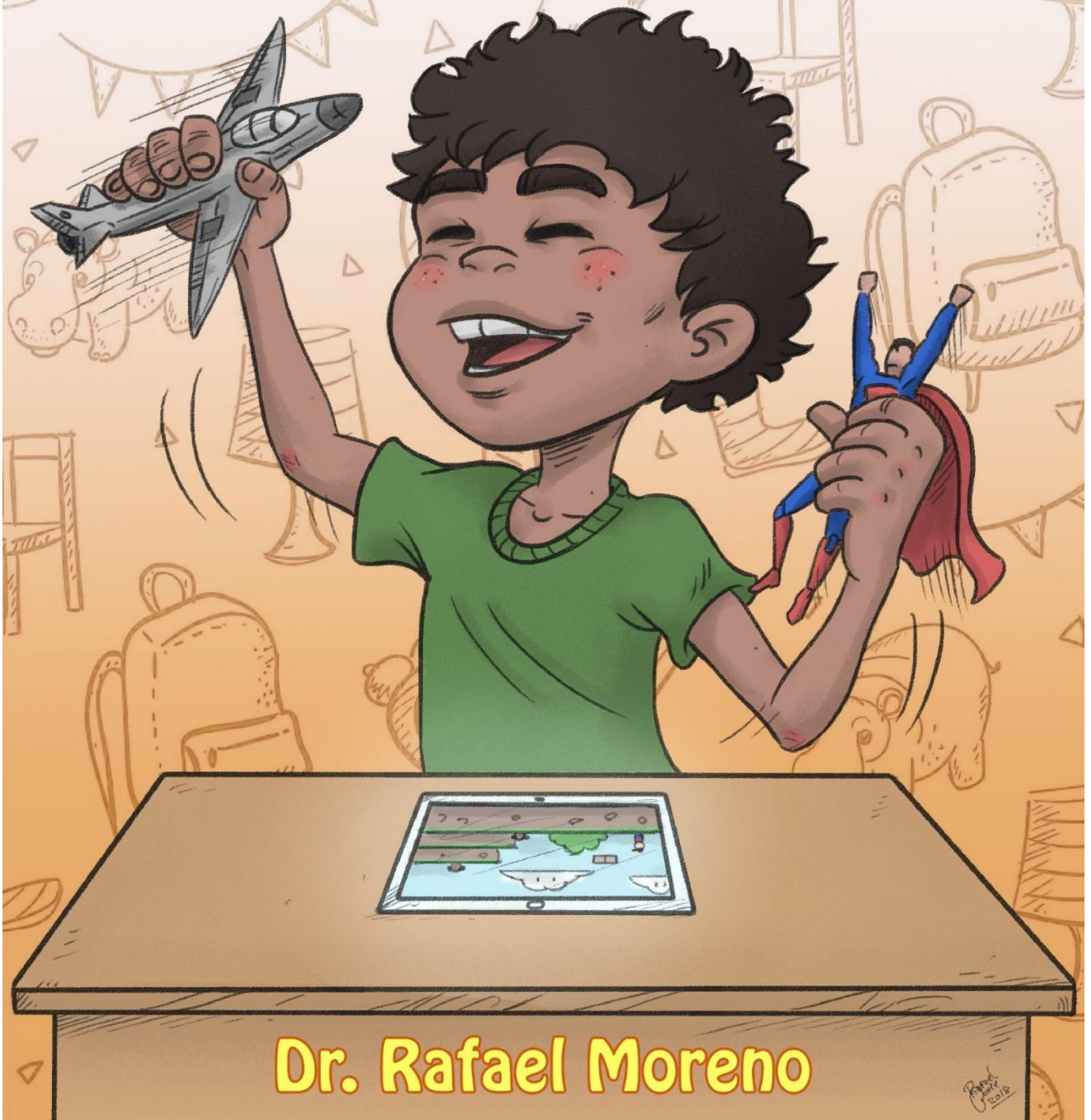


# TDAH

GUIA PARA PAIS E PROFESSORES



Dr. Rafael Moreno

Rafael  
Moreno  
2018

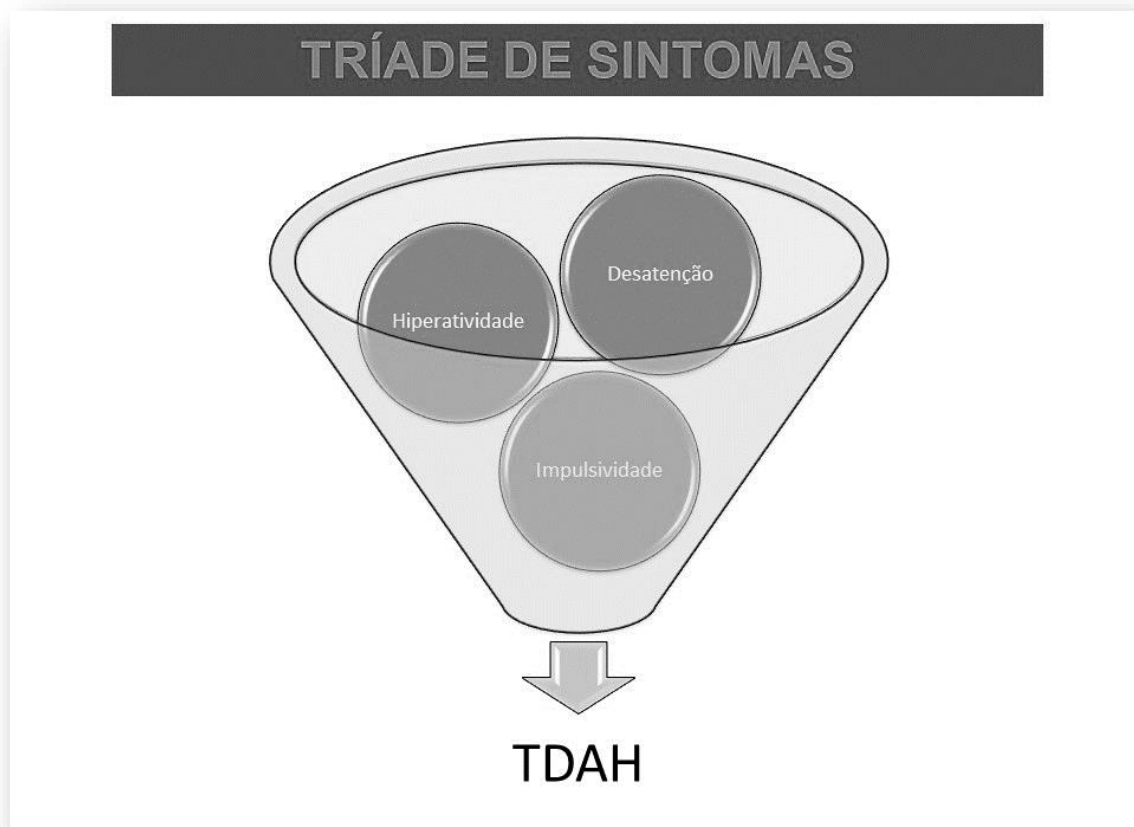
Sobre o autor:



Dr. Rafael Moreno Ferro de Araújo é médico psiquiatra formado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e possui Doutorado (PhD) em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Coordena uma linha de pesquisa em Desenvolvimento Infantojuvenil no Hospital São José de Arroio do Meio, Rio Grande do Sul, e é professor do Curso de Medicina da Univates, em Lajeado, Rio Grande do Sul. CREMERS 30.080 RQE 25.299

[www.problemasescolares.com.br](http://www.problemasescolares.com.br)

Quais são os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ?



É importante saber que a pessoa não necessariamente apresentará todos os sintomas acima. Sendo assim é possível ter uma criança com TDAH que não é hiperativa. Na realidade muitos têm um estereótipo do que é o TDAH, e espero que ao final deste Ebook você quebre estes preconceitos.

Sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade todos nós temos. Mas a pessoa com TDAH possui vários sintomas, com maior gravidade, e que trazem prejuízos no colégio, na família e no convívio social.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição, o DSM-5, estes sintomas devem ser notados antes dos 12 anos de idade.<sup>1</sup> Contudo existem controvérsias em relação a este critério da idade. Um estudo realizado no Brasil, pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mostrou que uma parcela dos adultos com TDAH não apresentava sintomas do transtorno antes dos 12 anos.<sup>2</sup> Então, parece ser possível desenvolver TDAH depois dos 12 anos também.

Os sintomas devem acontecer em pelo menos dois contextos, como em casa e no colégio, por exemplo. Portanto, não existe criança que só é hiperativa em casa ou só no colégio. O mesmo para desatenção. Não existe criança com TDAH que só é desatenta em casa ou no colégio. Dois fatos acontecem que são importantes de ser

falados. Primeiro, as exigências do colégio são diferentes das exigências de casa. Por isto a apresentação dos sintomas pode ser diferentes nos diferentes contextos. Por exemplo, uma criança que estuda em turno integral, os pais pegam a criança às 18 horas no colégio, dirigem até em casa, jantam e tomam banho e logo vão dormir. E, final de semana, vai para o sítio, para a casa dos avós, e ficam totalmente livres. Provavelmente os pais não vão enxergar os sintomas dos filhos, já que neste tipo de rotina as exigências atencionais são mínimas e na maioria do tempo a criança está totalmente livre, onde a hiperatividade pode não causar prejuízos. Por este motivo as pesquisas mostram que avaliação de pais e professores da mesma criança podem ser muito diferentes. Na minha prática clínica, isto às vezes gera conflitos entre pais e professores quando eu peço uma avaliação (um parecer sobre o comportamento, aprendizagem e linguagem) por escrito para o colégio. “Não concordo ! Meu filho não é assim ! Este professor está pouco tempo com meu filho !”. Mas não precisa brigar. No mundo inteiro existe esta divergência. O segundo fato é a necessidade de se ter a avaliação do colégio antes de se realizar o diagnóstico. É incorreto realizar o diagnóstico sem esta avaliação, mas infelizmente isto ocorre. Imaginem um serviço do sistema público de saúde (SUS), que já possui vagas escassas para atendimento de crianças e adolescentes, onde as reconsultas podem ocorrer só daqui há três meses. É um ambiente propício para realização de diagnósticos rápidos, sem a adequada avaliação, o que pode fazer com que exista um excesso de diagnósticos e consequentemente de tratamentos medicamentosos desnecessários ou errôneos, já que o tratamento vai depender da comorbidade (falaremos disto adiante). Em minha prática, realizo o diagnóstico apenas na segunda consulta. A primeira consulta é um atendimento apenas com os pais. Solicito que os pais preencham uma bateria de questionários sobre sintomas dos principais transtornos mentais da infância, e uma outra bateria de questionários vai para o colégio. Na segunda consulta avalio a criança inicialmente e depois chamo os pais para dar meu parecer e propor o tratamento. Obviamente que em casos mais complexos, o diagnóstico pode demorar mais tempo.

Como identificar os sintomas ?

## **-DESATENÇÃO**

### **ATENÇÃO SELETIVA**

- Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.
- Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.
- Perde coisas necessárias para atividades.
- É esquecido em atividades do dia-a-dia.
- Distrai-se com estímulos externos.

### **“HIPERFOCO”**

- Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.

### **ORGANIZAÇÃO**

- Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.

### **PERSISTÊNCIA**

- Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.
  - Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações
-

## **-HIPERATIVIDADE**

### **INQUIETUDE MOTORA**

- Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.
- Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.
- Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.
- Não pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.

### **LINGUAGEM**

- Fala em excesso.

## **-IMPULSIVIDADE**

### **COMPORTAMENTO, LINGUAGEM E COGNIÇÃO**

- Tem dificuldade de esperar sua vez.
- Responde as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas.
- Interrompe os outros ou se intromete

Existem três subtipos de TDAH:

1. Predominantemente hiperativo-impulsivo
  - a. Representa 9% das crianças com TDAH, ocorre mais em meninos, está associado a comportamentos opositores e agressivos. Estes casos logo são notados pelos pais e professores, e logo são encaminhados para atendimento.
2. Predominantemente desatento
  - a. Representa 31% das crianças com TDAH, em geral são meninas, com transtornos de ansiedade e depressão. São subdiagnosticados, já que são mais quietinhos em sala de aula e não geram “barulho”. Problemas de aprendizagem são comuns.
3. Combinado
  - a. Representa a maioria dos casos, 60% das crianças. É uma mescla dos dois subtipos descritos acima.

O subtipo apresentado vai depender da maturidade de determinadas áreas cerebrais. Cada sintoma, desatenção, hiperatividade e impulsividade, está associado a determinadas áreas do córtex frontal, que é a parte que fica mais na frente (atrás da testa). Falarei mais adiante, mas é importante entender que o TDAH é causado por uma imaturidade desta área do cérebro.

#### Qual é a frequência do TDAH na população ?

Cerca de 5% das crianças apresenta TDAH.<sup>3</sup> Não existem evidências de que este diagnóstico esteja aumentando.<sup>4</sup> O que pode estar ocorrendo para dar a impressão de que cada vez mais crianças possuem este diagnóstico é o maior reconhecimento e diagnóstico. Este diagnóstico é mais comum em meninos.<sup>5</sup> Todos os transtornos do neurodesenvolvimento são mais comuns em meninos: autismo, enurese, encoprese, dislexia. Parece que realmente os homens amadurecem mais lentamente. A frequência do diagnóstico de TDAH vai diminuindo com a idade, até chegar a aproximadamente 2,5% em adultos. A tendência é que os sintomas diminuam com a idade, principalmente a hiperatividade e impulsividade.<sup>6</sup> Cerca de 85% das crianças com TDAH não apresentam sintomas que causam prejuízo funcional na vida adulta. Sempre digo aos pais que o TDAH pode curar, já que o cérebro amadurece.<sup>7</sup> Como falei, o TDAH é um problema da velocidade de amadurecimento do cérebro. Crianças com TDAH, quando chegam aos 18 anos, na sua maioria têm a mesma maturidade cerebral que adultos que não tinham TDAH na infância. Contudo, o percurso de amadurecimento foi mais longo. Digo que eles percorrem um caminho mais longo para chegar no mesmo lugar.

**Assista a este vídeo que mostra as diferenças entre a velocidade de amadurecimento cerebral de crianças com TDAH comparadas às sem TDAH:**  
<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/brain-matures-few-years-late-adhd-follows-normal-pattern>



### Qual é a causa do TDAH ?

A causa se dá pela imaturidade do córtex frontal, que pode acontecer por diversos fatores:

- História familiar ou genética
- Baixo peso ao nascer
- Exposição a drogas (tabaco ou álcool)
- Exposição a neurotoxinas
- Infecções
- Complicações perinatais
- Maus tratos

Estudos genéticos apontam que aproximadamente 80% da causa do transtorno é herdada, ou seja, genética.<sup>8</sup> Muitas vezes algum dos pais tem o transtorno (às vezes nem sabem). Mas quando algum dos pais tem o TDAH também, isto pode acabar se tornando um obstáculo para o tratamento do filho, pela dificuldade em se organizar e manter o tratamento, consultas e uma rotina adaptada para contribuir com o desenvolvimento da criança. É frequente os pais falarem: “Eu era assim também, e não tive problemas”. Enfim, os tempos mudaram. Não sei se para pior ou para melhor, não é o tema deste livro. Mas este discurso minimiza o sofrimento da criança e pode adiar o diagnóstico ou a manutenção do tratamento.

Os outros 20% da causa são ambientais, ou seja, são acontecimentos externos.<sup>9</sup> Complicações durante o pré-natal ou no parto são comuns em crianças com TDAH. O simples fato do pediatra dizer que o exame neurológico foi normal, após um parto difícil, por exemplo, não é suficiente para garantir que consequências futuras possam ocorrer, como o desenvolvimento do TDAH. Crianças que passam por maus tratos infantis, como abusos (físico, emocional e sexual) e negligência, também são mais propensas a desenvolver o TDAH. Em geral estes casos associados a maus tratos são mais difíceis de tratar. Por isto é importante sabermos muito bem o histórico precoce das crianças, mesmo em crianças que foram adotadas.

Com base nestes estudos de herdabilidade podemos quebrar o seguinte mito: a criança é hiperativa porque não tem limites dos pais. Enfim, entendo que quem afirma isto acredita que os pais são os únicos responsáveis pelo desenvolvimento do “freio” da criança. Como se não existissem fatores cerebrais responsáveis pelo desenvolvimento do controle motor da criança. Recebo em meu consultório alguns pais traumatizados e culpados por ouvirem de outros profissionais que eles eram culpados pelos sintomas da criança. Eu sempre oriento buscarem os seus direitos. Acredito que ainda existem poucos processos contra profissionais que deixam de fazer diagnósticos corretos ou dão diagnósticos errados, ou que fazem afirmações baseadas em crenças populares ou em teorias defasadas. Atualmente já temos bastante evidências científicas sobre o TDAH, boa parte delas disponíveis de forma gratuita, e não devemos aceitar ignorâncias vindas de profissionais de ensino superior.



Outro mito é que a causa do transtorno, principalmente para os sintomas de desatenção, é falta de vontade da própria criança. “Ele não se ajuda”. Então pense assim, você tem um problema de visão, miopia (dificuldade para enxergar de longe). Mas você não usa óculos. Porque você acredita que para melhorar a sua visão, só depende da sua força de vontade. E seu chefe te coloca no trabalho em uma função que depende da sua visão para longe para executá-la adequadamente. Obviamente, mesmo com bastante força de vontade, espremer bem os olhos, você não vai conseguir executá-la direito. Seu chefe vai te xingar, te pressionar, falar que você vai ser demitido se não conseguir. Conseguiu sentir “na pele” o que é o problema ? O mesmo ocorre com o TDAH. Sem o tratamento adequado, não adianta ficar cobrando por um esforço da criança para melhorar. Isto só vai pressioná-la, estressá-la e pode até deprimí-la.

### Como se faz o diagnóstico ?

Inicialmente devemos realizar uma avaliação médica minuciosa com objetivo de avaliar a intensidade, frequência, persistência, idade de início e grau de prejuízo dos sintomas. Depois temos que excluir outras causas de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, já que não é só o TDAH que causa estes sintomas.

#### **Devemos excluir:**

- Déficit visual
- Déficit auditivo
- Epilepsia (tipo ausência)
- Maus tratos
- Depressão
- Ansiedade
- Ambientes escolares pouco estimulantes
- Retardo mental
- Transtorno do espectro autista
- Uso de álcool e outras drogas

Por isso a importância de programas de rastreamento de problemas visuais e auditivos no colégio. Pessoas que estão passando por estresse, como os maus tratos, não conseguem se concentrar para aprender. Elas precisam sobreviver e estão muito mais atentas aos perigos do ambiente do que ao ambiente de ensino. Por isso não conseguimos dar um diagnóstico de TDAH enquanto a criança está em um ambiente abusivo.

A depressão e ansiedade alteram a atenção. Quando estamos tristes ficamos muito focados no passado, com olhar parado e fixo. Quando estamos ansiosos ficamos muito focados no futuro, hipervigilantes, e não fixamos olhar em nada. Ansiedade não é a mesma coisa que hiperatividade e impulsividade. A ansiedade é uma emoção que deriva do medo. É a sensação subjetiva do medo. Se manifesta por

sintomas físicos como palpitações, coração disparado, tremores, falta de ar, nó na garganta, dor de cabeça, dor de barriga, tonturas, sensação que vai desmaiar. Algumas pessoas quando estão ansiosas podem ficar hiperativas, caminhando de um lado para o outro. A impulsividade se manifesta por não saber esperar e “querer tudo para ontem”. Impulsividade não é ansiedade. Muita gente se confunde.

A epilepsia do tipo ausência deve ser descartada. Não necessariamente precisa-se realizar um exame de eletroencefalograma (EEG), mas devemos investigar minuciosamente como é a desatenção. Episódios curtos de desatenção súbita levantam a suspeita deste tipo de epilepsia.

Colégio com má qualidade de ensino também pode causar sintomas na criança. Turmas grandes, com professores pouco preparados ou estressados, alto grau de agressividade entre alunos, bullying são problemas escolares que podem causar sintomas de TDAH nos alunos. Escuto frequentemente pais que trocam de colégio os seus filhos e ocorre uma grande mudança comportamental e no rendimento escolar. Ao mesmo tempo, vejo pais que ficam trocando os filhos diversas vezes de colégio, sempre culpado o colégio pelos problemas de seus filhos. Cada caso é um caso.

A deficiência intelectual, principalmente em casos moderados a graves, pode cursar com sintomas de TDAH. Mas, nestes casos é questionável se podemos dar um diagnóstico de TDAH. A pessoa com transtorno do espectro autista também pode manifestar sintomas de TDAH como hiperatividade, impulsividade, problemas atencionais como ficar fixado em apenas uma parte do brinquedo.

Todos estes são diagnósticos que podem simular o TDAH, mas também podem ocorrer ao mesmo tempo do TDAH, o que chamamos de comorbidades (falarei adiante sobre isto).

É fundamental para o diagnóstico a avaliação vinda dos pais e professores, visto que os sintomas devem estar presentes em dois ambientes diferentes.

A escala MTA-SNAP-IV é útil.<sup>10</sup> Ela avalia todos os sintomas do TDAH e do Transtorno Desafiador de Oposição. Os pais preenchem avaliando os sintomas do ambiente doméstico e social, e os professores avaliam os sintomas no ambiente escolar. Como já falei, frequentemente as avaliações não são semelhantes.

Importante frisar que o diagnóstico do TDAH é clínico. Ou seja, não são precisos testes como eletroencefalograma (EEG), ressonância magnética, testagem neuropsicológica. Estes funcionam como auxiliares, para descartar outros diagnósticos ou para pesquisa.

Quais são as comorbidades mais comuns ?

Comorbidade é quando o paciente tem mais de um transtorno ao mesmo tempo, ligados ao TDAH. Ela é quase uma regra, apenas 2% não possui comorbidade. As comorbidades mais comuns são os transtornos disruptivos: transtorno desafiador de oposição e transtorno de conduta. Cerca de metade dos pacientes apresenta. Investigar as comorbidades é de extrema importância porque ela que definirá como será o tratamento.

<b>TRANSTORNO DA COORDENAÇÃO MOTORA</b>	<b>TRANSTORNOS DA COMUNICAÇÃO</b>	<b>TRANSTORNOS DA EXCREÇÃO (enurese e encoprese)</b>	<b>TRANSTORNOS DE APRENDIZAGEM</b>
<b>RETARDO MENTAL</b>	<b>TRANSTORNOS DO HUMOR (depressão e bipolar)</b>	<b>TRANSTORNO DESAFIADOR DE OPOSIÇÃO</b>	<b>TRANSTORNO DE CONDUTA</b>
<b>TRANSTORNOS DE ANSIEDADE</b>	<b>TIQUES E TOURETTE</b>	<b>ESPECTRO AUTISTA</b>	<b>USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS</b>

### Como é feito o tratamento ?

O tratamento de primeira escolha é o medicamentoso.<sup>11,12</sup> Os psicoestimulantes (por exemplo, metilfenidato) são as medicações mais estudadas e indicadas. Contudo, a escolha da medicação depende da presença de comorbidades. Por exemplo, um psicoestimulante pode aumentar a ansiedade. Portanto, em uma criança com transtorno de ansiedade comórbido, muitas vezes teremos que tratar antes a ansiedade para depois iniciar o tratamento com psicoestimulantes.

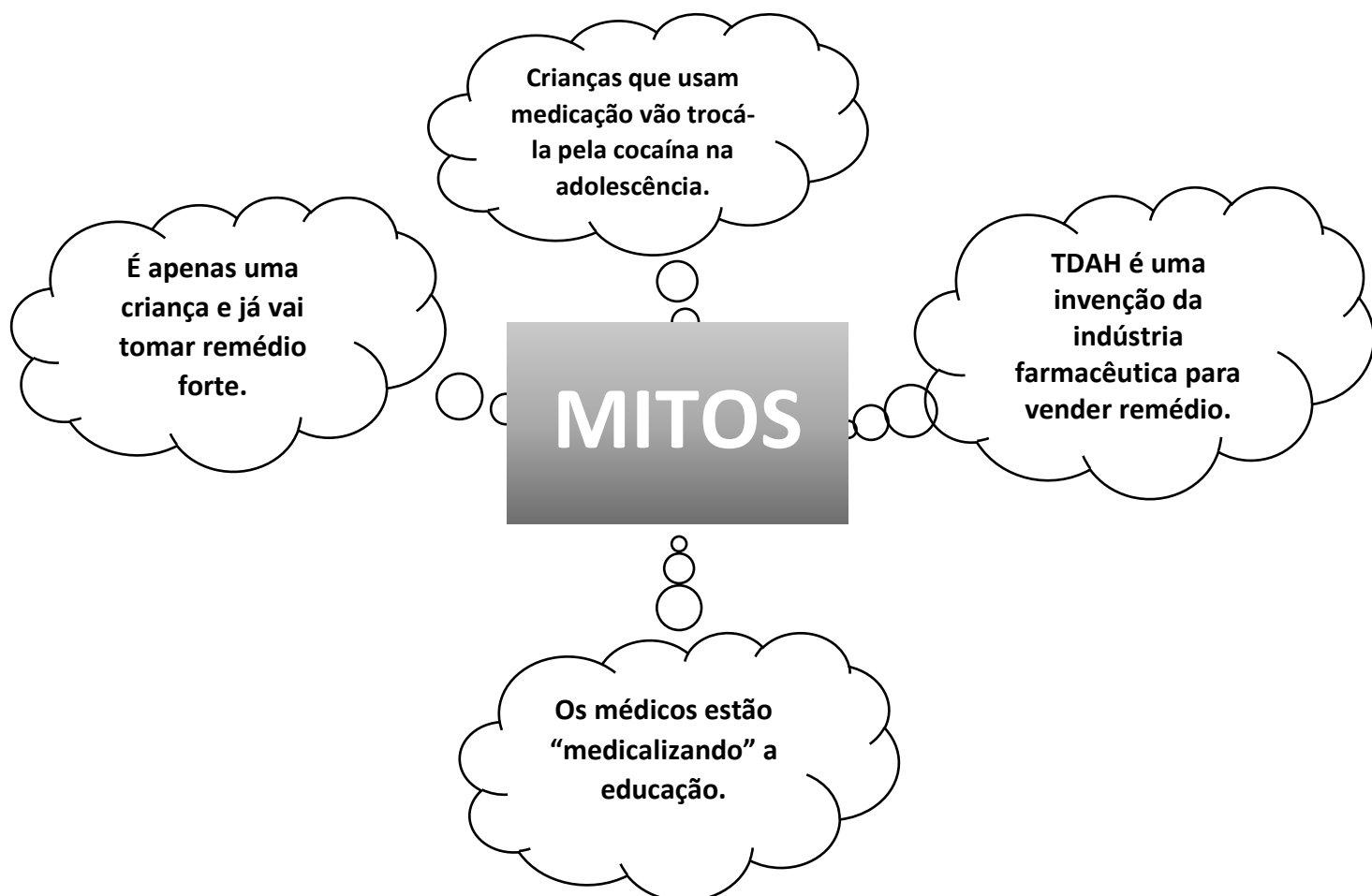
Apesar de ser muito utilizada, a imipramina é considerada um tratamento de terceira escolha. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), o treinamento dos pais e professores são importantes, mas são coadjuvantes. Ou seja, em geral não são utilizados como única forma de tratamento. Uma exceção é o TDAH em crianças pré-escolares (até os 5 anos), já que o metilfenidato, em bula, não é aprovado para menores de 6 anos de idade.

Um grande estudo analisou a redução dos sintomas do TDAH em crianças avaliadas por pais e professores.<sup>13</sup> Os achados foram interessantes:

- Metilfenidato ou tratamento combinado (metilfenidato + TCC) foram melhores que TCC
- Metilfenidato ou tratamento combinado (metilfenidato + TCC) foram melhores que o tratamento realizado por não-especialista (sem uso de metilfenidato)
- Mas o metilfenidato sozinho foi igual ao tratamento combinado
- O tratamento combinado parece ser melhor quando existem sintomas internalizantes na criança, como ansiedade e depressão.

Este mesmo estudo acompanhou estas crianças até a adolescência.<sup>14</sup> Os pesquisadores avaliaram novamente após vários anos: sintomas do TDAH, ansiedade, depressão, contato com a polícia e desempenho acadêmico. Observou-se que os tipos de tratamento não diferiram nos desfechos a longo prazo. Mas a apresentação inicial, a gravidade inicial do paciente, foi o que mais influenciou nos desfechos. O estudo mostrou que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso foi muito frequente. O tipo combinado de TDAH teve os piores desempenhos na adolescência. E pacientes com alta condição socioeconômica tiveram melhores desfechos a longo prazo.

Mitos sobre o TDAH...



A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde responsável pela aprovação das medicações disponíveis no Brasil. Trata-se de um órgão rigoroso, e um medicamento para ser comercializado no Brasil deve passar por um longo processo de análise. Portanto, dificilmente a ANVISA liberaria a comercialização de medicações para uso em crianças que pudesse causar tanto mal assim.

Todas as medicações possuem efeitos colaterais. Até remédio para dor de cabeça. Não posso afirmar que os psicoestimulantes são medicações “fortes”. Acredito que as pessoas consideram medicações “fortes”, aquelas que causam graves efeitos adversos. Explicarei adiante os possíveis efeitos adversos das medicações psicoestimulantes.

Muitos acreditam que os psicoestimulantes estimulam as crianças e adolescentes a utilizarem drogas, particularmente a cocaína. Acreditam que eles fariam uma troca por algo mais forte. Mas os estudos não mostram isto.<sup>15</sup> O uso de psicoestimulantes não aumenta o risco de uso de drogas na adolescência. Pessoas com TDAH têm risco aumentado para o uso de cigarros, mas não de drogas ilícitas.

Outro estudo mostrou que o transtorno de conduta, uma comorbidade comum do TDAH, aumenta o risco para uso de drogas. Mas não existe nada comprovado de que foi o efeito da medicação que causou a vontade de usar drogas consideradas mais pesadas. Posso dizer que em minha prática clínica, as crianças que acompanhei e migraram para o uso de drogas na adolescência foram as que não seguiram o tratamento do TDAH de forma correta. Principalmente por questões familiares: pais que não aceitam o tratamento ou pais negligentes.

O TDAH é um transtorno reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Possui um código (F90.0) na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-10.<sup>16</sup> Portanto, me parece ser teoria da conspiração acreditar que o TDAH é uma invenção da indústria farmacêutica para vender medicações. Concordo que seria excelente se existisse uma forma de tratamento que não usasse medicações e que fosse mais eficaz que as medicações. Mas até agora, não conheço nenhum estudo comprovando que alguma terapia não-medicamentosa, quando usada como tratamento único, seja melhor que a terapia medicamentosa.

Por último, existe uma pesquisa mostrando que no Brasil o TDAH é subtratado.<sup>17</sup> A estimativa é de que apenas 16,2% a 19,9% dos pacientes recebam tratamento de primeira linha, como o metilfenidato. Quem mais sofre com isto é a população sem condições financeiras de comprar a medicação. Apesar de ser uma medicação disponibilizada pelo SUS de forma gratuita. Basta pedir para o seu médico preencher o laudo de solicitação de medicação especial. Você pode buscar informações na secretaria de saúde do seu município.

Quais são os medicamentos de primeira linha para o tratamento ?

São os psicoestimulantes.

Os disponíveis no Brasil são:

- **METILFENIDATO**

- ✚ Nomes comerciais e tempo de duração

- Ritalina: 4 horas
- Ritalina LA: 8 horas
- Concerta: 12 horas

- **LISDEXTROANFETAMINA**

- ✚ Nomes comerciais e tempo de duração

- Venvanse: 12 horas

Não existe superioridade entre eles. Contudo, a resposta e a ocorrência de efeitos adversos deve ser avaliada individualmente ao longo do tratamento. A praticidade de usar a medicação de longo prazo (8 ou 12 horas) apenas uma vez ao dia pode ser preferida por algumas famílias. Isto pode aumentar a adesão ao tratamento.

O SUS fornece o metilfenidato de liberação curta (4 horas). Em casos onde não existe resposta ou ocorrem efeitos adversos importantes, o paciente possui o direito de solicitar por via judicial, com advogado particular ou defensor público, outras formas de tratamento de primeira linha. Basta o médico justificar com um laudo esta solicitação.

Muitos pais preferem não dar a medicação durante o final de semana e férias. Em geral isto pode ser indicado quando os sintomas da criança ou adolescente não são tão graves, ou quando o componente de hiperatividade e impulsividade não é predominante.



Quais são os efeitos colaterais dos psicoestimulantes ?

Os mais comuns são:

- Dor abdominal e de cabeça
- Nervosismo
- Insônia
- Náuseas e vômitos
- Labilidade no humor
- Perda do apetite

Ocorrem geralmente em baixa intensidade e de forma transitória. Caso persistam ou sejam graves, o médico deve avaliar a necessidade de troca ou redução do medicamento. Em minha prática é comum que pacientes mais ansiosos tenham mais dores, náuseas e nervosismo no início do tratamento. Por isso a importância de tratar a comorbidade.

Os efeitos menos comuns são:

- Irritabilidade
- Sintomas depressivos
- Sintomas maníacos (euforia, hiperexcitabilidade)
- Sintomas psicóticos (alucinações)
- Tonturas
- Fadiga
- Rash cutâneo
- Formigamento
- Skin-picking (autolesões, morder os lábios)
- Tiques
- Atraso no crescimento
- Morte súbita em pacientes com alterações cardíacas

Efeitos graves podem ocorrer com qualquer tratamento medicamentoso. Uma avaliação da saúde física antes de iniciar o tratamento medicamentoso é importante. Deve-se verificar a história de sintomas cardíacos e história familiar de morte súbita ou doença cardíaca precoce (principalmente antes dos 35 anos). Nestes casos, uma avaliação pediátrica ou com cardiologista pode estar indicada antes de iniciar o tratamento com psicoestimulantes. A epilepsia não controlada, quando o paciente ainda está com convulsões, pode ser uma contra-indicação ao uso de

psicoestimulantes. Mas o seu uso está indicado em casos quando a epilepsia está controlada.

O crescimento, peso e altura, deve ser avaliado durante todo o tratamento com estimulantes. Por estes motivos citados é fundamental um acompanhamento médico contínuo. É errado apenas “renovar” receita sem avaliar o paciente. O Código de Ética Médica proíbe esta prática.

### O que o professor pode fazer em sala de aula ?

O professor tem um papel muito importante desde o reconhecimento inicial do transtorno até o seu tratamento.<sup>18</sup> Compreender o TDAH faz com que conflitos sejam evitados, tanto com o aluno quanto com os seus pais. Culpar o aluno por seus problemas não é o mais adequado, já que trata-se de um problema de origem neuropsiquiátrica. É como culpar uma pessoa com deficiência auditiva por não escutar. Não será cobrando ela demais que fará com que ela escute. Respeitar o problema do aluno, assim como os problemas de cada aluno são fundamentais.

Muitos alunos com TDAH acabam por trocar várias vezes de colégio e se envolver em conflitos com professores. Sempre forneço orientações jurídicas aos pais, já que as leis de inclusão escolar também podem ser aplicadas para alunos com TDAH. Dos processos que acompanhei, todos os juízes entenderam que o TDAH pode ser entendido também como uma deficiência (apesar de ser uma disfunção, que é diferente de deficiência).

Sugiro que os professores não fiquem “engessados” para agir antes do laudo médico. Em muitas situações os pais não aceitam e não levarão ao atendimento médico, assim como em muitos locais o acesso ao psiquiatra ou neurologista é escasso, principalmente pelo SUS. Avaliem o comportamento e aprendizado do aluno, e adaptem o currículo e forneçam o apoio necessário, independente de ter laudo médico comprovando o TDAH.

A conversa franca com os pais sempre é necessária. Deixar de falar aos pais sobre os problemas comportamentais e de aprendizagem não é a conduta adequada. Quando os pais relatam que o aluno possui o diagnóstico, é importante conversar com os pais frequentemente sobre como está o seguimento, já que é comum o abandono de tratamento. O Estatuto da Criança e do Adolescente entende como negligência não levar o filho no médico quando este apresenta algum problema de saúde.<sup>19</sup> Contudo, como o TDAH não é uma condição que leve a um risco de vida iminente caso o paciente não realize o tratamento, pode ser difícil exigir que toda a criança e adolescente realize o tratamento de forma contínua. Por exemplo, sabemos que a rinite alérgica é um problema comum na população infantojuvenil. Será que podemos obrigar que todos os pais realizem de forma contínua o tratamento da rinite alérgica de seus filhos ? Ou seja, quando se trata de uma condição sem riscos iminentes, acredito ser difícil manter um tratamento de forma compulsória. A exceção acontece quando a criança ou adolescente possui comorbidades graves que a deixam em riscos iminentes como: heteroagressão e autoagressão. Nestes casos, quando existem estes

riscos, e os professores percebem que o tratamento não está sendo seguido, o Conselho Tutelar deve ser notificado. Trata-se de caso de negligência.

Sobre os professores administrarem a medicação durante o período escolar, o colégio deve analisar cada caso. A administração de medicamentos pelo professor, que não é um profissional de saúde, pode ajudar em casos onde a família não consegue estar presente para dar a medicação (por exemplo, quando a criança estuda em turno integral) ou quando esta, por dificuldades pessoais, não consegue se lembrar de fornecer a medicação diariamente conforme a orientação médica. Nestes casos, é fundamental a receita médica comprovando a necessidade da administração da medicação naquele determinado horário. Lembrem que a receita de psicoestimulantes fica retida na farmácia (receita amarela). Então, o colégio pode exigir um receituário médico simples com a prescrição medicamentosa, obviamente carimbado e assinado pelo médico e com data. Contudo, é importante o colégio saber que em alguns casos pode ser perigoso se responsabilizar em administrar a medicação. Minha opinião pessoal é de que deve haver bom senso, mas não é uma obrigação do colégio exercer funções de um estabelecimento de saúde. A não ser que possua uma enfermaria dentro do colégio, com um profissional de saúde responsável. Em caso de dúvidas, sugiro procurar auxílio jurídico.

Sugiro seguir o exemplo do ENEM, que garante atendimento especializado para candidatos com TDAH. O candidato pode ter tempo adicional (uma hora) e sala especial para a realização das provas.

Durante o período de aula, sugiro colocar o aluno na fileira da frente, com o objetivo de evitar distrações. Estimular o aluno a tirar as suas dúvidas durante ou após as aulas é importante. É um desafio para o professor fazer com o que o aluno se sinta incluído. Muitas vezes os outros alunos não entendem e criticam o aluno com TDAH pelo seu tempo de compreensão. Por isso o trabalho de inclusão deve ser realizado desde a pré-escola.

Para os alunos mais hiperativos, forneça tarefas ativas, onde ele precise se movimentar para executá-las. Estes alunos aprendem muito com os procedimentos, ao invés de leituras, assistir aulas e fazer exercícios. Deixe ele sair às vezes da sala de aula. Pode ser difícil para ele ficar sentado durante todo o período de sala de aula.

Para alunos mais desatentos, sugira que um colega o ajude nas tarefas. Esta conduta colaborativa ajuda o aluno a se sentir incluído. Em casos de dificuldade de aprendizado mais séria, o atendimento educacional especializado (AEE) pode ser oferecido, por mais que o TDAH não seja considerado por lei uma deficiência. Colégios e secretarias de educação mais flexíveis geralmente têm menos problemas com a justiça em relação ao AEE em alunos com TDAH. Com um bom advogado, a família sempre ganha.

Alguns alunos com TDAH possuem a aprendizagem mais auditiva. Então não fiquem brabos se eles não estiverem olhando para você ou para o quadro enquanto a aula é dada. Eles estão ouvindo e aprendendo. Estes alunos auditivos também podem aprender ouvindo música ao mesmo tempo que estudam, ou fazendo algum barulhinho como ficar batendo com a caneta na mesa, ou o pé no chão.

Sobre os deveres de casa, sou suspeito em falar já que defendo uma educação sem deveres de casa. O tempo livre deveria ser utilizado para socialização e lazer. Na Finlândia, país com a melhor educação do mundo, não há escolas em tempo integral, pelo contrário, a jornada é curta, de 4 a 7 horas, e os alunos não têm muita lição de casa. "Também temos menos dias letivos que os demais países, acreditamos que quantidade não é qualidade".<sup>20</sup> Mas se existe realmente a necessidade de dever de casa, sugiro que não exceda 60 minutos de estudo extraclasse diário (segunda a sexta) para crianças de 6 a 11 anos, e de 120 minutos para adolescentes. Lembrar que alunos com TDAH podem ter velocidade de realização das tarefas mais lentificada, e que provavelmente farão menos tarefas em maior tempo.

Sobre a reprovação, trata-se de um tema complexo. Cada caso deve ser avaliado individualmente, sempre levando em conta o comprometimento do aluno com o estudo ao longo do ano e o relacionamento com colegas e professores. Em alguns casos, onde o aluno está muito integrado com a turma, a repetência devido problemas de aprendizado pode ser prejudicial para o desenvolvimento emocional.

Por fim, em casos graves, onde geralmente existem comorbidades mais sérias, o monitor pode ser indicado. Este monitor pode ser compartilhado, se o colégio, a família e o médico assistente entenderem que isto pode ocorrer.

## Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) – Guia para pais e professores

MTA-SNAP-IV				
Nome da criança/adolescente: _____				
Nome do avaliador: _____ ( ) pai/mãe ( ) professores				
Data: _____				
Preencher, conforme avaliação da criança/adolescente, marcando um "X" na frequência em que cada comportamento citado abaixo aparece em CASA (para os pais) e no COLÉGIO (para professores). P.ex.: caso o comportamento não aconteça, marque "Nem um pouco".				
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos).				
19. Descontrola-se.				
20. Discute com adultos.				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.				
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento.				
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25. É zangado e ressentido.				
26. É maldoso ou vingativo.				

Os sintomas de "1" a "9" são os de desatenção.

Os sintomas de "10" a "18" são os de hiperatividade e impulsividade.

Os sintomas de "19" a "26" são os sintomas de oposição e desafio.

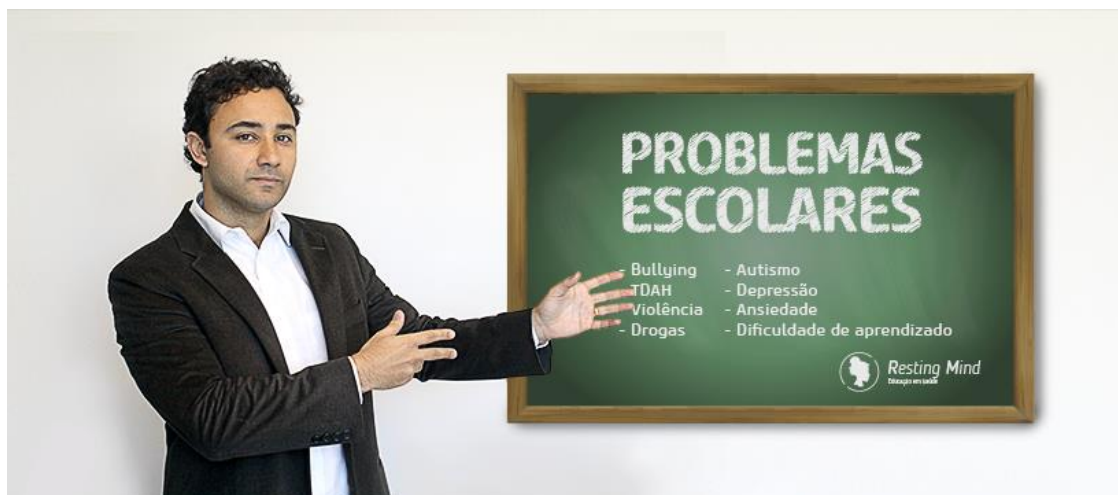
## Referências

1. Association, A. P. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. (Artmed, 2014). doi:10.11769780890425596
2. Karam, R. G. *et al.* Persistence and remission of ADHD during adulthood : a 7-year clinical follow-up study. *Psychol. Med.* **45**, 2045–2056 (2015).
3. Lima, M. S. De, Ph, D., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* **164**, 942–8 (2007).
4. Polanczyk, G. V, Willcutt, E. G., Salum, G. a, Kieling, C. & Rohde, L. a. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int. J. Epidemiol.* **43**, 434–42 (2014).
5. Polanczyk, G. & Jensen, P. Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* **17**, 245–260 (2008).
6. Stahl, S. M. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. (Guanabara Koogan, 2010).
7. (NIMH), N. I. of M. H. Brain Matures a Few Years Late in ADHD, But Follows Normal Pattern. Available at: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/brain-matures-few-years-late-adhd-follows-normal-pattern>. (Accessed: 5th December 2018)
8. Geschwind, D. H. & Flint, J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science (80-. )*. **1489**, 1–3 (2015).
9. Banerjee, T. Das, Middleton, F. & Faraone, S. V. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.* **96**, 1269–1274 (2007).
10. Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A. & Pinto, D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. do Sul* **28**, 290–7 (2006).
11. Wolraich, M. *et al.* ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* **128**, 1007–22 (2011).
12. Cordioli, A. & *et al.* *Psicofármacos: consulta rápida*. (Artmed, 2011).
13. The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* **56**, 1073–86 (1999).
14. Molina, B. S. G. *et al.* The MTA at 8 Years: Prospective Follow-Up of Children Treated for Combined Type ADHD in a Multisite Study. (2011). doi:10.1097/CHI.0b013e31819c23d0.The
15. Humphreys, K. L., Eng, T. & Lee, S. S. Stimulant medication and substance use outcomes ameta-analysis. *JAMA Psychiatry* **70**, 740–749 (2013).

16. Organização Mundial de Saúde. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças - Décima Revisão*.
17. Mattos, P., Rohde, L. A. & Polanczyk, G. V. ADHD is Undertreated in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* **34**, 513–516 (2012).
18. Dupal, G. J. & Stoner, G. *TDAH nas escolas*. (MBooks, 2007).
19. *Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei número 8.069 de 13 de julho de 1990*. (Câmara dos Deputados, 1990).
20. País com a melhor educação do mundo, Finlândia aposta no professor. Available at: <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2013/05/pais-com-melhor-educacao-do-mundo-finlandia-aposta-no-professor.html>. (Accessed: 4th December 2018)



**Este Ebook faz parte do material do curso on-line Problemas Escolares.**



**O curso on-line Problemas Escolares, utilizando as bases da Neuroeducação, visa auxiliar profissionais de educação e saúde:**

- **No reconhecimento precoce de problemas escolares,**
- **No entendimento de problemas escolares (causas, sintomas, etc.),**
- **No manejo de crianças e adolescentes com problemas escolares,**
- **Na prevenção de problemas escolares,**
- **A reduzir ou impedir o agravamento de problemas escolares.**

**Quais são os problemas escolares abordados no curso ?**

- **Neurodesenvolvimento infantil e seus principais transtornos,**
- **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH),**
- **Como lidar com o comportamento opositor e agressivo,**
- **Dificuldade de aprendizado (como estudar, adaptações curriculares)**
- **Uso de álcool e outras drogas,**
- **Transtorno do espectro autista,**
- **Bullying,**
- **Maus tratos na infância,**
- **O que você precisa saber da legislação escolar sobre problemas escolares.**