

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Bárbara Garcia Carmo Rodrigues

Acadêmica de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: barbararodrigues97.br@gmail.com

Ian Silva Paes

Acadêmico de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: ianpaes@hotmail.com

Joana Evangelista Amaral

Acadêmica de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: joanaeamaral1@gmail.com

Julia Batista de Oliveira

Acadêmica de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: juhboliveira.jb@gmail.com

Laryssa Coutinho de Andrade Farolfi Ribeiro

Acadêmica de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: farolfilary4@gmail.com

Leonardo Paccelli Guiducci

Acadêmico de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos, campus Bom Jesus do Itabapoana - RJ. E-mail: leopaccelli@outlook.com

Laila Caraline Coelho Xavier

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico de forte influência genética, sendo um dos transtornos neurológicos mais comuns na infância. Tem como característica o acometimento do lobo frontal, causando prejuízos à autorregulação do comportamento e afetando ações como a concentração, o controle de impulsos, a memória operacional, o planejamento, a flexibilidade cognitiva, a autorregulação emocional, a tomada de decisões e a conscientização. O TDAH manifesta-se logo na infância e uma boa anamnese, considerando-se uma história familiar completa, são fundamentais para o diagnóstico. O diagnóstico tardio também acontece, embora com menor frequência, e apresenta um prognóstico mais desfavorável. O tratamento é multimodal, baseado na terapia cognitiva comportamental e na terapia farmacológica. Requer acompanhamento dos responsáveis e atenção dos médicos neurologistas visando sempre a estimulação e acompanhamento do indivíduo.

Palavras-chave: Transtorno; Déficit; Atenção; Desatenção; Impulsividade; Hiperatividade.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological disorder with strong genetic influence, being one of the most common neurological disorders in childhood. Its characteristic is the involvement of the frontal lobe, causing damage to self-regulation of behavior and affecting actions such as concentration, impulse control, working memory, planning, cognitive flexibility, emotional self-regulation, decision-making and awareness. In order to reach a reliable and solid base of information that credits the present study, it is proposed the application of independent bibliographical research. For this, online platforms for disseminating research and academic articles were used, such as MSD, SciELO, UFMG, UFRGS and Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) sites. ADHD manifests itself in childhood and a good anamnesis, considering a complete family history, are essential for the diagnosis. Late diagnosis also happens, although less frequently, and has a poorer prognosis. Treatment is multimodal, based on cognitive behavioral therapy and pharmacological therapy. It requires monitoring by those responsible and attention by neurologists, always aiming at stimulating and monitoring the individual.

Keywords: Disorder; Deficit; Attention; Inattention; Impulsivity; Hyperactivity.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH, é considerado um distúrbio de ordem neuro psico comportamental caracterizado pela desatenção, impulsividade e hiperatividade, o que acaba afetando o desenvolvimento pleno do ser. Desse modo, tal acometimento pode resultar em alterações cognitivas, comportamentais, motoras e perceptivas, que irão impactar diretamente nos eixos sociais, pessoais, escolares e profissionais da vida do indivíduo. (ABDA, 2017)

Ademais, pelo fato de se apresentar logo na infância, seu estudo e entendimento são fundamentais, para a respectivo êxito na obtenção do diagnóstico preciso e a melhora do prognóstico, visto que sua extensão até a fase adulta sem o tratamento compatível pode gerar uma série de prejuízos. Dentre estes malefícios estão: conflitos familiares recorrentes, dificuldade para se manter em relacionamentos, impaciência, oscilações de humor e problemas em se concentrar e concluir tarefas, o que pode comprometer a eficiência e levar ao fracasso profissional. (SULKES, 2018)

Portanto, o entendimento aprofundado sobre o tema, principalmente dentro da área médica, é imprescindível para a realização de uma anamnese eficiente e, conseqüentemente, para a obtenção de um diagnóstico correto.

2. METODOLOGIA

A síntese foi construída a partir de revisões das literaturas pré-existentes sobre o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o que ele representa, os tipos existentes, a epidemiologia, as possíveis etiologias, os sinais e sintomas, bem como a morfologia, o funcionamento e a bioquímica cerebral correlata, além do diagnóstico, tratamento e prognóstico. Com a finalidade de alcançar uma base confiável e sólida de informações que creditem o presente estudo, propõe-se a aplicação da pesquisa bibliográfica independente.

Para isso, foram utilizadas plataformas online de veiculação de pesquisas e artigos acadêmicos, como os sites MSD, SciELO, UFMG, UFRGS e Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). As pesquisas foram feitas adotando termos como: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; TDAH; Desatenção; Impulsividade; Hiperatividade; e a partir destas, os materiais com maior pertinência ao assunto abordado por esse trabalho foram analisados, escolhidos sob critérios determinados e categorizados de acordo com a abordagem do transtorno em questão e sua relação com o quadro do paciente.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. TIPOS DE TDAH E EPIDEMIOLOGIA

O TDAH é um dos transtornos no desenvolvimento neurológico mais comuns na infância, afetando de 8 a 11% das crianças, estando elas na primeira infância, na idade escolar ou na segunda infância. No entanto, mediante a utilização equívoca dos critérios diagnósticos pelos médicos, pode ser mais registrado do que de fato está presente. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

Outrossim, pode se apresentar de três formas diferentes e em diferentes graus, variando também sua incidência. Nessa perspectiva, temos as seguintes categorias: (1) predomínio da desatenção, (2) predomínio da impulsividade/hiperatividade e (3) déficit de atenção com hiperatividade. (SULKES, 2018)

Em um contexto amplo, o distúrbio apresenta um predomínio de 2:1 em meninos com relação às meninas, sendo responsável por 50 a 75% dos casos, mas na classe de dominância da hiperatividade, a proporção entre meninos é de 2 a 9 vezes maior do que em meninas. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

Embora certos estudiosos acreditem que a categoria de predomínio da desatenção possua a mesma incidência em ambos os sexos, deve-se levar em consideração que este tipo é mais difícil de diagnosticar, representando de 20 a 30% dos casos totais e, portanto, a incidência em meninas pode ser maior do que é constatado. (SULKES, 2018)

Já na população adulta, diagnosticada tardiamente, a prevalência é de, aproximadamente de 4%. Isso se deve, sobretudo, à redução dos sintomas apresentados por essa parcela da população que, com o avançar da idade, reduz a hiperatividade motora, por exemplo, característica marcante do TDAH. Contudo, apesar da menor incidência, o transtorno pode ser considerado mais grave nessa faixa etária uma vez que os prejuízos decorrentes dos sintomas se apresentam de maneira mais crítica. (SULKES, 2018)

3.2. ETIOLOGIA

Vários fatores podem compor a etiologia e estes se correlacionam. São eles: exógenos/ambientais ou endógenos/genéticos. Nesse contexto, pais diagnosticados com TDAH, quando comparados com pais de um grupo-controle, têm de 2 a 9 vezes mais chances

de terem filhos que compartilham do mesmo diagnóstico. Evidenciando, portanto, a forte influência genética sobre o transtorno e a existência de uma predisposição com base na história familiar - fator este que deve ser levado em consideração no momento do diagnóstico. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

Com relação aos fatores ambientais, podemos citar o nível de escolaridade parental e suas relações psicoafetivas, bem como seu nível socioeconômico. Enquanto isso, dentre os fatores genéticos, temos os fatores (1) pré-natais, como intoxicações e traumatismos, hemorragias, doenças maternas crônicas e infecções congênitas; (2) perinatais, causadas por condições as quais a mãe apresenta ou foi exposta, por circunstâncias às quais o feto foi submetido ou desenvolveu, ou por intercorrências do parto e (3) pós natais. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

É válido ponderar ainda que os fatores ambientais de ordem pós-natal atuam como intensificadores do transtorno em questão, diretamente ligado ao caráter genético, e que, portanto, não é possível traçar uma relação clara de causa e consequência de hábitos culturais e educação parental com o surgimento do TDAH, por exemplo. (SULKES, 2018)

3.3. SINAIS E SINTOMAS

O quadro clínico pode mudar de um paciente para outro, variando segundo a manifestação do TDAH (desatenta, hiperativa/impulsiva ou combinada). Em crianças nas quais a manifestação mais recorrente é a desatenta ou combinada, é notório a privação da atenção aos detalhes - o que a leva a cometer falhas frequentes nas tarefas do dia a dia, além da inabilidade de seguir orientações longas e dificuldade em executar afazeres escolares e domésticos. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018) Nesse sentido, mesmo que o paciente não tenha um transtorno específico de aprendizagem, o desenvolvimento escolar, acadêmico e profissional é prejudicado. O indivíduo apresenta dificuldades organizacionais em tarefas que necessitam de concentração e planejamento, perde objetos facilmente e se distrai com ínfimos estímulos. (ABDA, 2017)

Já quando as crianças que apresentam quadros de hiperatividade /impulsividade ou combinada demonstram condutas hipercinéticas. Nesse cenário, essas crianças não são capazes de controlar o corpo por determinados períodos de tempo. (ABDA, 2017) Além disso, elas podem vir a apresentar hiperatividade ideativa e verbal e não mantêm a atenção centrada em determinada atividade orientada, o que leva a danos no desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança. Nesse ínterim, algumas ações como o agito dos membros inferiores e superiores, o levantar-se diversas vezes, o correr de um lado para o outro e em momentos

indevidos e o falar demasiadamente geralmente estão presentes no indivíduo portador. (CABRAL, 2017)

Os sinais que demonstram impulsividade podem se caracterizar, por exemplo, pela dificuldade em aguardar vez para cumprir determinadas atividades, como o falar, pela apatia, pela irritação frequente, pelas mudanças repentinas de humor e pelo reduzido limiar para decepções, o que compromete as relações interpessoais do paciente. (CABRAL, 2017)

Ademais, os portadores de TDAH podem, também, demonstrar baixa estabilidade motora, dificuldades na fala e distúrbios gnósticos. Com tudo, o decurso dessa enfermidade varia de paciente para paciente, com parcelas dessas crianças portadoras se transformando em adultos com sintomas completos e parcela dessas apresentando remissão parcial, podendo possuir alguns sintomas persistentes, como a desatenção. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

3.4. MORFOLOGIA CEREBRAL

Alguns estudos de imagem de ressonância magnética evidenciaram diversas diferenças morfológicas significantes entre os cérebros das pessoas não-portadoras de TDAH e daquelas que a apresentam. Nesse contexto, uma análise desses grupos evidenciou que as partes cerebrais que possuem as reduções de área ou de volume superiores em pacientes com TDAH, quando comparados com os indivíduos-referência não portadores, englobam determinadas áreas envolvidas na organização e controle dos movimentos, além do volume de hemisfério direito do cérebro. (CASTELLANOS; CORTESE, 2013)

Entretanto, os estudos, em sua maioria, têm como base a ênfase em uma área específica e, por isso, houve uma certa concentração em ínfimas áreas cerebrais, que possuem certa facilidade de medição e de estudo. Nesse cenário, um estudo lançado recentemente, sem vieses no plano espacial, mostrou que apenas a dano relacionado ao volume direito do putâmen era relevante, o que não evidencia uma conclusão permanente, visto que o número de estudos disponíveis é restrito a 7, somente. (CASTELLANOS; CORTESE, 2013)

Ademais, foram analisados há pouco tempo tópicos que passaram despercebidos como, por exemplo, a curvatura, a espessura, a forma de determinadas áreas cerebrais e a profundidade das saliências e concavidades do cérebro. Nesse ínterim, foram analisados um padrão diferente da superfície cerebral e uma redução da extensão deste, bem como anomalias em certas estruturas não muito exploradas em pesquisas anteriores como, por exemplo, o tálamo e o sistema límbico. (CUNHA; et al, 2001)

Por fim, estudos atuais que abrangem exames imagiológicos de tensor de difusão, os quais possibilitam uma análise quantitativa de substâncias brancas, evidenciam uma mudança na conexão estrutural dos meios que conectam o córtex pré-frontal direito aos gânglios basais, além dos que conectam o giro cingulado ao córtex entorrinal. (CUNHA; et al, 2001)

3.5. FUNCIONAMENTO CEREBRAL

Os resultados das meta-análises e das revisões sistemáticas disponíveis no presente artigo foram selecionados de forma a priorizar sua relevância e seu contexto atual, relacionado ao funcionamento cerebral. Nesse âmbito, os resultados das pesquisas feitas com IRM funcional evidenciam uma ínfima atividade frontal, o que aflige diversas áreas do córtex, como, por exemplo, a área do córtex orbitofrontal, do córtex anterior cingulado, do córtex pré-frontal inferior e do córtex pré-frontal dorsolateral, além de regiões correlacionadas, como as dos gânglios basais, as do córtex parietal e as do tálamo. Esses estudos, geralmente, determinam a anatomia envolvida na imagiologia estrutural. (CUNHA; et al, 2001)

Nesse sentido, uma análise de estudos feitos por EEG evidenciou uma elevação de ondas teta e uma redução de ondas beta nos indivíduos portadores de TDAH e o produto mais coeso das pesquisas anteriores com potencial relacionado a evento (ERP) conta com uma diminuição do potencial P3 posterior relacionada a um determinado estímulo discordante. Em consonância, os produtos estruturais e funcionais indicam alterações que abrangem diversas áreas cerebrais. (CASTELLANOS; CORTESE, 2013)

Na prática, os pesquisadores do TDAH buscam focar nas pesquisas relacionadas às anomalias das gamas neuronais distribuídas. Nesse contexto, estudos recentes abordaram a conectividade neuronal durante o processo de repouso e durante a efetivação de uma função, na busca por uma melhor análise e entendimento das disfunções mais graves dessa rede de neurônios. Com isso, alguns indícios preliminares dão base à hipótese de interferência do padrão no TDAH, na qual uma modulação não eficiente das flutuações modelos da gama neuronal interfere com o bom desempenho das redes neuronais, que dão suporte à efetivação das funções ativas. (CASTELLANOS; CORTESE, 2013)

3.5.1. BIOQUÍMICA CEREBRAL

A confluência das bases genéticas, de imagiologia, de neuro psicofarmacológicas e do padrão animal demonstram que diversos complexos de neurotransmissores, como, por exemplo, os sistemas noradrenérgico e dopaminérgico, estão incluídos na fisiopatologia do

transtorno. Determinadas pesquisas espectroscópicas anteriores demonstram mudanças da fração entre alguns neurotransmissores, compostos da colina, o glutamato e o N-acetil-aspartato, e a creatina. (COUTO, JUNIOR, GOMES, 2009)

3.6. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico para ser correto e pontual precisa considerar os critérios estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria na 5ª ed. do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, popularmente conhecido como DSM-5. Como parte de uma avaliação satisfatória para a confirmação, o paciente deve preencher de 6 a 9 condições referentes à desatenção e/ou à hiperatividade durante a infância, que podem ser observadas na tabela a seguir (Quadro 1). Em adultos, por sua vez, o preenchimento de 4 condições já é o suficiente para avançar nos critérios diagnósticos. (SULKES, 2018)

Quadro 1: Critérios diagnósticos TDAH DSM-5

X	SINTOMAS DE DESATENÇÃO	X	SINTOMAS DE HIPERATIVIDADE
	com frequência apresenta esquecimento com atividades diárias		com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente com atividades de lazer
	com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se com tarefas que exigem esforço mental constante		está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"
	com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais		frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
	com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra		frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
	com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades		frequentemente corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado
	com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades		frequentemente fala em demasia
	com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas		IMPULSIVIDADE
	é facilmente distraído por estímulos alheios a tarefa		com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
	frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido com atividades escolares, de trabalho ou outras		frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
			frequentemente interrompe ou se mete nos assuntos dos outros

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, DSM-5 (2013)

Desse modo, estes sinais conferem o diagnóstico de TDAH se: (1) os sintomas persistirem por, no mínimo, 6 meses; (2) afetarem as funções na escola, em casa e/ou no trabalho e causarem prejuízo; (3) diversos sintomas se manifestarem antes dos 12 anos; (4) os sinais se apresentarem discrepantes do comportamento esperado na fase correspondente; (5) as atitudes ocorrem em pelo menos 2 locais, como escola e igreja; (6) não houver outros transtornos que podem afetar o desenvolvimento ou que possuam sintomatologia semelhante. (ABDA, 2017)

Sob essa óptica, certos exames complementares como ensaios laboratoriais, o eletroencefalograma, a ressonância magnética, os testes genéticos e a tomografia

computadorizada, bem como outras escalas de pontuação comportamental, como a SNAP-4 e a ASRS-18, podem ser fortes aliados no diagnóstico. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

Quadro 2: Escala de pontuação comportamental SNAP-4

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Corre do um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
Distrai-se com estímulos externos				
É esquecido em atividades do dia-a-dia				
Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
Fala em excesso				
Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				
Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
Perde coisas necessárias para atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
Tem dificuldade de esperar sua vez				
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
Tem dificuldade para entregar tarefas e atividades				

Fonte: Associação Americana de Psiquiatria, DSM-4 (1994)

3.6.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O médico neuropediatra, ao atender um consulente que apresenta aspectos cognitivo-comportamentais característicos do TDAH, a fim de não diagnosticar erroneamente e de propor um plano de tratamento eficaz, deverá executar uma anamnese e um exame físico de qualidade, bem como solicitar exames complementares. Só assim ele poderá descartar a possibilidade da ocorrência de outros distúrbios cujos sinais se assemelham aos do TDAH e chegar, de fato, ao diagnóstico correto. (SULKES, 2018)

Os transtornos os quais a sintomatologia pode ser confundida com o TDAH incluem causas psicossociais, deficiências auditiva, intelectual ou visual, distúrbios do sono, epilepsia tipo Ausência Infantil, patologias neurodegenerativas, problemas na glândula tireoide, sequelas decorrentes de lesões cerebrais, síndromes genéticas como Síndrome de Down, de Williams, do X-frágil e alcoólica fetal, bem como exposição a toxinas ambientais e teratogênicas e transtornos de aprendizagem ou neuropsiquiátricos. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

3.7. TRATAMENTO

Por se tratar de um distúrbio de ordem crônica, ou seja, que persiste para o resto da vida, não havendo uma cura, a proposta terapêutica mais indicada é a modificação do estilo de

vida, para a construção de hábitos mais saudáveis, e estratégias de reorganização a partir do direcionamento da psicoterapia (TCC - Terapia cognitivo-comportamental). Este plano, podendo estar aliado a medicações, refletirá positivamente no comportamento do indivíduo e isso auxiliará suas funções em casa, na escola ou no trabalho. Portanto, a modalidade de tratamento mais adequada ao TDAH se baseia em uma metodologia multimodal e multiprofissional, que irá compreender a psicoterapia, a terapia medicamentosa, a participação da instituição de ensino e a correta orientação aos pais e ao paciente. (ABDA,2017)

A psicoterapia apropriada ao tratamento de TDAH é denominada terapia cognitivo-comportamental pois agirá modificando o comportamento do paciente, auxiliando a reconhecer e superar as dificuldades pessoais e a desenvolver habilidades sociais e acadêmicas. Contudo, não há comprovação científica de que outras formas de psicoterapia auxiliem nos sintomas da doença. Recomenda-se também o tratamento com um fonoaudiólogo em alguns casos específicos, em que ocorre a dislexia, um transtorno de leitura, ou disortografia, o transtorno da expressão na escrita. (BARBOSA; POLANCZYK; RHODE, 2000)

Apesar de o TDAH não ser considerado um problema de aprendizado, como a dislexia e a disortografia, mas, sim, uma dificuldade em manter a atenção, alguns de seus sintomas como a desorganização e a inquietude atrapalham consideravelmente o rendimento nos estudos. Sendo assim, a colaboração dos professores em ajudar os alunos com TDAH a ter o melhor desempenho possível é fundamental. (SULKES, 2018)

Em relação ao tratamento com fármacos, o tratamento de primeira linha consiste em fármacos psicoestimulantes, podendo ser indicado a partir dos 6 anos de idade. Essa categoria de medicamento atua diminuindo a recaptção pré-sináptica das catecolaminas, como dopamina, epinefrina e norepinefrina, tornando elevada a concentração dessas substâncias na fenda sináptica. Conseqüentemente, diminuem a impulsividade e a atividade motora, melhorando a memória recente e o desempenho acadêmico e social (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018). Alguns fármacos dessa categoria estão listados abaixo:

- Metilfenidato de ação imediata (Ritalina®): 5 a 20 mg de 2 a 3 vezes ao dia, com duração de 3 a 5 horas;
- Metilfenidato LA (Ritalina LA®): 20, 30 ou 40 mg pela manhã, com duração de 8 horas;
- Metilfenidato OROS (Concerta®): 18, 36 ou 54 mg pela manhã, com duração aproximada de 12 horas;
- Lisdexanfetamina (Venvanse®): 30, 50 ou 70 mg pela manhã, com duração aproximada de 12 horas.

É importante ressaltar que insônia, cefaléia, dor abdominal e aparecimento de tiques são alguns dos efeitos colaterais desses psicoestimulantes, durante o período de ação do medicamento. Nesse sentido, o conhecimento de outras opções terapêuticas sem os psicoestimulantes é de extrema importância pois, em grande parte dos casos, o tratamento é interrompido por consequência dos efeitos colaterais. (ABDA, 2017)

No caso de insucesso com os psicoestimulantes, tem-se usado como opção terapêutica a classe farmacológica dos antidepressivos tricíclicos, como a imipramina (Tofranil®). Todavia, antes de dar início essa outra alternativa, é preciso realizar uma avaliação eletrocardiográfica, visto que estes antidepressivos podem causar aumento da frequência cardíaca, alterações na onda T e no intervalo PR, sendo contra-indicado se houver bloqueio do ramos esquerdo ou atrioventricular total. (BARBOSA; POLANCZYK; RHODE, 2000)

Já em relação aos antidepressivos não tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina, como a fluoxetina, e os inibidores da recaptção de norepinefrina-dopamina, como bupropiona, eles têm sido utilizados principalmente mediante a presença de comorbidades, como depressão ou transtornos de ansiedade. A bupropiona é contra-indicada em indivíduos que possuem epilepsia, pois aumenta o risco de diminuição do limiar epilético. (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018)

Crianças de 4 a 5 anos diagnosticadas com TDAH requerem uma atenção especial no que diz respeito ao tratamento, visto que as diretrizes recomendam treinamentos dos pais ou outras intervenções de terapia comportamental, por no mínimo 8 semanas, como conduta inicial. No entanto, sendo essa conduta mal sucedida, em casos especiais, pode-se considerar o uso de metilfenidato em doses baixas. (ABDA, 2017)

3.8. PROGNÓSTICO

O diagnóstico precoce, seguido de um tratamento multiprofissional de qualidade, farmacológico e/ou comportamental, garante uma melhor qualidade de vida a, aproximadamente, 60% dos pacientes infantis com TDAH, permitindo a adaptação à condição referida, possibilitando a evolução do indivíduo e o desenvolvimento de sua funcionalidade na fase adulta (ANDRADE; VASCONCELOS, 2018). Portanto, quanto mais cedo a realização do diagnóstico, melhor o prognóstico. Nesse sentido, um auxílio de psicólogos, psiquiatras e pedagogos, para além do tratamento medicamentoso, propicia aos pacientes uma rede de apoio e monitoramento, estimulando o aprimoramento das capacidades cognitivas, do processo de aprendizagem e das relações interpessoais. (SULKES, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que o TDAH é uma doença mais comumente diagnosticada na infância, sendo que o diagnóstico tardio pode levar a um agravamento do quadro. O paciente portador possui certas limitações e dificuldade no processo de aprendizagem, embora essa doença não seja considerada um problema de aprendizagem, como a Dislexia e Disortografia. Ademais, é uma doença que apresenta um bom prognóstico quando diagnosticada precocemente e conta com um tratamento multimodal, possuindo algumas contra indicações medicamentosas.

Por fim, é indubitável que as características desta enfermidade devem ser bem observadas, analisadas e diagnosticadas, na busca de um melhor direcionamento ao paciente. Nesse ínterim, é de suma importância que os pais e/ou responsáveis acompanhem a criança em seu desenvolvimento escolar e intrapessoal, para que os sinais e sintomas do distúrbio sejam identificados, contribuindo com o diagnóstico precoce. Assim, o médico conseguirá evidenciar e analisar o quadro do indivíduo, pelas características ativas e pelo histórico familiar, na tentativa de obter um diagnóstico correto e ideal para cada paciente.

5. REFERÊNCIAS

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **Diagnóstico-crianças**. Mai., 2017. Disponível em: <<https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>>.

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **O que é TDAH**. Mai., 2017. Disponível em: <<https://tdah.org.br/sobre-tdah/o-que-e-tdah/>>.

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **Quadro Clínico**. Mai., 2017. Disponível em: <<https://tdah.org.br/quadro-clinico/>>.

ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. **Tratamento**. Mai., 2017. Disponível em: <<https://tdah.org.br/tratamento/>>.

ANDRADE, Paula Faria Souza Mussi de; VASCONCELOS, Marcio Moacyr. **Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. Sociedade Brasileira de Pediatria, Residência Pediátrica. Mai., 2018. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v8s1a11.pdf>>.

BARBOSA, Genário; POLANCZYK, Guilherme; ROHDE, Luis Augusto; TRAMONTINA, Silzá. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600003>.

CABRAL, Sérgio Bourbon; SILVA, Katia Beatriz Corrêa e. **Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade**. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). Mai., 2017.

Disponível em:

<<https://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/cartilha%20ABDA.final%2032pg%20otm.pdf>>.

CASTELLANOS, Francisco Xavier; CORTESE, Samuele. **TDAH e Neurociência**. NYU Langone Medical Center Child Study Center e Nathan Kline Institute for Psychiatric Research, EUA. Jul., 2013. Disponível em:

<<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2015/08/TDAH-E-NEUROCIENCIAS.pdf>>.

COUTO, Taciana de Souza; GOMES, Cláudia Roberta de Araújo; MELO-JUNIOR, Mario Ribeiro de. **Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão**. Ciências e Cognição, 2010. Disponível em:

<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m202_09.pdf>.

CUNHA, Renato D da; EIZIRIK, Mariana; LANGLEBEN, Daniel; ROHDE, Luis Augusto; SZOBOT, Claudia M. **Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Revista Brasil Psiquiatria, 2001. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s1/5568.pdf>>.

SULKES, Stephen Brian. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA, TDAH)**.

Merck Sharp & Dohme Corp., Nova Jersey, EUA, Abr., 2018. Disponível em:

<<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-d%C3%A9ficit-de-aten%C3%A7%C3%A3o-hiperatividade-tda-tdah>>.